

Competencias del profesional de enfermería para el cuidado a pacientes con
cáncer en Medellín - Colombia

Sandra Isabel Soto Arroyave

Trabajo de grado para optar al título de:
Magister en Enfermería

Asesor

Juan Guillermo Rojas
Doctor en Enfermería

Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería
Medellín, Antioquia
2018

Dedicatoria

A mi hija Laura Sofía por ser mi mayor inspiración, quien con su alegría, ternura y amor, fue mi gran apoyo en este proceso.

A mis padres y a Gustavo por su paciencia y apoyo incondicional.

A mi hermana Martha Cecilia quien desde el cielo me ha acompañado y estaría feliz y orgullosa de los logros alcanzados por su “niña”.

A los pacientes con cáncer que en el transcurso de mi carrera profesional he cuidado y me han enseñado a valorar la vida y a transformarme en mejor persona y mejor enfermera.

Agradecimientos

A Dios por estar siempre a mi lado guiando mis pasos y por permitirme acceder un nivel más de formación profesional

A los profesores del programa de maestría de la facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, en especial a Diego Alejandro Salazar Blandón y Juan Guillermo Rojas, por acompañarme en este proceso de formación tanto a nivel académico como personal.

A los profesionales de enfermería que participaron en esta investigación, quienes creyeron en este proyecto y contribuyeron a la generación de conocimientos.

Tabla de contenido

Lista de tablas.....	5
Lista de figuras.....	6
Lista de anexos.....	7
Resumen.....	8
1. Introducción	9
2. Planteamiento del problema	11
3. Justificación	16
4. Objetivos.....	18
4.1 Objetivo general.....	18
4.2 Objetivos específicos	18
5.Marco de referencia	19
5.1 Marco contextual.....	19
5.1.1 Situación del cáncer en Colombia.....	19
5.1.2 Sistema de salud colombiano y la atención del paciente con cáncer.....	20
5.1.3 Legislación de enfermería en Colombia.....	22
5.1.4 Necesidades de cuidado del paciente con cáncer.	24
5.1.5 Magnitud y tendencias del cuidado de enfermería al paciente con cáncer en Colombia.....	26
5.2 Marco conceptual.....	28
5.2.1 Competencias: evolución, definición y estructura.	28
5.2.2 Concepto de competencias.....	29
5.2.3 Estructura de las competencias.	31
5.2.4 Categoría competencias.	32
5.2.5 Competencias de los profesionales de enfermería.	33
5.2.6 Competencias del profesional de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer.....	35
6. Metodología.	42
6.1 Tipo de estudio.	42
6.2 Población y muestra.....	42
6.3 Criterio para la selección de los participantes.....	43
6.3.1 Criterios de inclusión.....	43

6.3.2 Criterios de exclusión.....	43
6.4 Descripción de las variables.	43
6.5 Recolección de los datos.	46
6.6 Plan de análisis de la información.....	47
7. Consideraciones éticas.....	48
8. Criterios de rigor	49
8.1 Validez interna.	49
8.2 Validez externa.	49
8.3 Confiabilidad	49
8.4 Objetividad.....	50
8.5 Difusión.....	50
9. Resultados.....	51
9.1 Características socio demográficas, laborales y el nivel de formación de los profesionales de enfermería.	51
9.2 Análisis de las competencias en el cuidado del paciente con cáncer.	54
9.2.1 Conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería que cuidan a los pacientes con cáncer.....	55
9.2.2 Actitudes y valores de los profesionales de enfermería para el cuidado de los pacientes con cáncer.	61
10. Discusión	67
11. Conclusiones	78
12. Recomendaciones	81
13. Limitaciones	82
Referencias.....	83
Anexos	94

Lista de tablas

Tabla 1. Análisis de fiabilidad del instrumento competencias del profesional de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer	51
Tabla 2. Realización de actividades de valoración a los pacientes con cáncer por profesionales de enfermería Medellín, Rionegro, Envigado. 2016 - 2017	56
Tabla 3. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el proceso de la enfermedad en adultos. Medellín, Rionegro, Envigado. 2016 -2017	57
Tabla 4. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el proceso de la enfermedad en niños. Medellín, Rionegro, Envigado. 2016-2017	58
Tabla 5. Conocimientos de los profesionales de enfermería de los diferentes tratamientos. Medellín, Rionegro, Envigado. 2016 -2017	59
Tabla 6. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre las emergencias oncológicas. Medellín, Rionegro, Envigado 2016 – 2017.	60
Tabla 7. Realización de actividades por profesionales de enfermería de apoyo y terapéutica. Medellín, Rionegro, Envigado 2016 -2017.	61
Tabla 8. Educación y entrenamiento de los profesionales de enfermería a los pacientes con cáncer. Medellín, Rionegro, Envigado. 2016 -2017	63
Tabla 9. Liderazgo de los profesionales de enfermería para el cuidado de los pacientes con cáncer. Medellín, Rionegro, Envigado. 2016 - 2017	64

Lista de figuras

- Figura 1. Distribución por sexo de los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer. Medellín, Rionegro, Envigado 2016- 2017.....52
- Figura 2. Nivel de estudios de los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer Medellín, Rionegro, Envigado 2016-201753
- Figura 3. Distribución de los profesionales de enfermería por servicios54

Lista de anexos

Anexo 1. Operacionalización de las variables.....	94
Anexo 2. Formato Ficha Bibliográfica	9595
Anexo 3. Formato matriz bibliográfica.....	96
Anexo 4. Consentimiento informado	97
Anexo 5. Aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería	98
Anexo 6. Instrumento Competencias del profesional de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer.....	99

Resumen

El objetivo del presente trabajo consiste en describir las competencias de los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer en la ciudad de Medellín – Colombia, es un Estudio descriptivo de corte transversal. Para la recolección de la información se diseñó un instrumento tipo escala Likert, el cual fue enviado por correo electrónico.

En su desarrollo participaron 61 profesionales de enfermería que se desempeñan en el área del cuidado del paciente con cáncer. El análisis de los datos muestra un grupo de profesionales heterogéneo, que se caracteriza por un amplio conocimiento de la fisiopatología del cáncer —principalmente en adultos—, manejo de la quimioterapia, administración de medicamentos y efectos secundarios.

En lo que respecta al proceso de adquisición de competencias, los profesionales de enfermería se ubican en un nivel competente, ya que las actividades que realizan muestran que su principal función es el cuidado del paciente con cáncer; poseen un conocimiento más profundo de la enfermedad y han desarrollado habilidades y prácticas en el manejo de la misma, su objetivo es la seguridad del paciente, para ello utilizan los conocimientos y habilidades adquiridas para prevenir y controlar los efectos secundarios de los tratamientos.

Palabras clave: competencia clínica, competencia profesional, cuidado, paciente con cáncer, enfermería oncológica.

1. Introducción

El cuidado de las personas con cáncer se ha convertido en un reto para los profesionales de enfermería por múltiples razones, entre las que se cuentan: los síntomas silenciosos de la enfermedad, que en las etapas iniciales son imperceptibles; la lenta evolución que hace que el diagnóstico se haga en fases avanzadas; la complejidad en la atención de la persona que durante el diagnóstico, tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia), rehabilitación o cuidados al final de la vida, conlleva a que sean sometidos a procedimientos dolorosos o generan secuelas físicas (alopecia, infecciones, amputaciones de órganos) y emocionales (depresión, alteración de la imagen corporal, cambios en el estilo de vida, y angustia por el desconocimiento de la evolución de la enfermedad).

Sumado a lo anterior están las complejas dinámicas del sistema de salud que en muchas ocasiones dificulta el acceso de los pacientes a los servicios, lo cual hace necesario que los profesionales de enfermería adquieran los conocimientos, habilidades y valores que les ayuden a brindar un cuidado competente tanto al paciente de cáncer como a su familia. En este panorama, los conocimientos que los profesionales de enfermería brindan en el cuidado de dicho paciente, se constituye como un conjunto de saberes que combinan componentes explícitos y tácitos que se aplican en la práctica.

A su vez, la adquisición de habilidades es un proceso que incluye la integración de la teoría y la práctica. Los valores le permiten al profesional de enfermería la interacción con las personas, la creación de lazos afectivos, la expresión de sentimientos y la escucha, permitiendo que el paciente con cáncer y su familia puedan afrontar los retos y transiciones que conlleva esta enfermedad.

Este estudio cuantitativo de tipo descriptivo, se enfoca en describir las competencias de los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer en las ciudades de Medellín, Rionegro y Envigado. El propósito de la investigación apunta a mejorar los procesos de gestión del cuidado del paciente, tanto en la formación de recursos humanos, como en la asistencia, investigación y desarrollo normativo y regulatorio, en respuesta a las necesidades presentadas por los pacientes, la familia, la sociedad, la profesión y la disciplina de la enfermería en particular.

Siendo así, se inicia con un marco contextual donde se analiza la situación del cáncer en Colombia y su relación con el sistema de salud. Adicionalmente, se revisa la legislación de enfermería en el país y los planteamientos sobre la práctica profesional competente.

Se continúa con el marco conceptual que versa principalmente sobre las competencias, características y estructura de la misma práctica; así mismo, se

revisan las competencias de los profesionales de enfermería, en particular las requeridas para el cuidado del paciente con cáncer a la luz de las investigaciones y los planteamientos de las sociedades científicas locales e internacionales.

Luego de la revisión de la literatura se procedió a desarrollar un cuestionario estructurado por componentes que daban cuenta de las competencias entendidas, como la interacción entre los conocimientos, las habilidades, actitudes y valores requeridos para el cuidado de los pacientes con cáncer. El cuestionario tipo escala Likert fue enviado a los participantes por la web y sus respuestas fueron obtenidas mediante el mismo medio.

Una vez reunida la información, a partir de los resultados podría decirse que los profesionales que cuidan a los pacientes con cáncer tienen competencias agrupadas en evaluación integral de la salud, relaciones de apoyo y terapéuticas, manejo de síntomas del cáncer y efectos secundarios de los tratamientos así como educación y entrenamiento al paciente y su familia. Es de anotar que los resultados reflejan la conexión existente entre los conocimientos, habilidades y actitudes como estructuras de la competencia y no como aspectos aislados.

Así pues, al contrastar los hallazgos con algunos componentes estructurales de la holarquía del conocimiento en enfermería, se observa que en el ejercicio profesional, los profesionales prestan atención a los asuntos de la persona, del entorno y de su responsabilidad como cuidadores. Estos aspectos del metaparadigma, guardan conexión con la perspectiva filosófica reflejada por las visiones de enfermería de reacción o particular determinística y la visión integrativa-interactiva; además, éste establece relaciones con los patrones de enfermería, principalmente, el patrón empírico o ciencia de enfermería(1) (2) (3).

A partir de los hallazgos, se puede decir que los profesionales de enfermería encuestados se ubican en un nivel competente, según el planteamiento de Patricia Benner (4); esto dado que las actividades que realizan muestran que su principal función es el cuidado del paciente con cáncer, poseen un conocimiento más profundo de la enfermedad y han desarrollado habilidades y prácticas gracias a ello; su objetivo es el cuidado de la persona, para ello utilizan los conocimientos y habilidades adquiridas en pro de prevenir y controlar los efectos secundarios de los tratamientos.

2. Planteamiento del problema

Uno de los grandes desafíos que enfrenta el sistema de salud colombiano es el manejo de las enfermedades crónicas como el cáncer, patología que causa impacto social por el incremento en la incidencia y la alta mortalidad; esto genera un impacto económico derivado de los altos costos del tratamiento, más un impacto a nivel psicológico como consecuencia de la agresividad de los tratamientos y las secuelas subsecuentes, que afectan no sólo a los que lo padecen sino a su familia y entorno.

En los últimos años se ha evidenciado un incremento en la incidencia y mortalidad del cáncer; según informes del Observatorio Nacional de Salud (ONS), el cáncer corresponde a la segunda causa de muerte en Colombia después del grupo de enfermedades cardiovasculares, registrándose 16.081 muertes anuales por cáncer en hombres y 16.572 en mujeres (5). Para el periodo 2007-2011 se estimaron en Colombia 29.734 casos nuevos de cáncer por año en hombres y 33.084 en mujeres. Mientras que en la población infantil, se estimaron 764 nuevos casos por año en niños y 558 en niñas (5).

A nivel mundial la IARC –International Agency for Research on Cancer, a su vez, GLOBOCAN, institución de referencia mundial en información sobre el cáncer– ha reportado un total de 14.1 millones de casos nuevos y 8.2 millones de muertes en el 2012. Los tipos de cáncer reportados con los más altos índices de mortalidad fueron pulmón con 1.6 millones de muertes, hígado con 745.000 muertes y estómago con 723.000 (6).

Ante el panorama epidemiológico de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que el 40% o más de los casos se hubiesen podido prevenir o curar mediante la integración de los recursos tecnológicos necesarios, garantizando el acceso oportuno a las instituciones de salud para la realización de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, con la ayuda de personal capacitado en el área (7).

Por su parte, la literatura ha reportado una problemática en lo relacionado al diagnóstico temprano y el acceso a los tratamientos, un estudio descriptivo realizado en la ciudad de Bogotá, en mujeres con cáncer de mama reportó que el tiempo promedio transcurrido entre la primera consulta y el inicio del tratamiento fue de 192 días; este tiempo fue menor para las mujeres que utilizaron una póliza o medicina prepagada el cual fue de 68 días y un tiempo máximo de 287,7 días (8) para las mujeres sin afiliación al sistema.

En el mismo sentido, se ha evidenciado que hasta el 37% de las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado detectadas mediante citología cervicouterina

no acceden a diagnóstico definitivo o al tratamiento luego de tener un diagnóstico citológico (9).

Siendo así, se puede decir que actualmente hay un déficit en el país con respecto al personal humano capacitado para tratar dicha patología. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, hay insuficiencia de especialistas en oncología y, más aún, de subespecialidades oncológicas, con datos registrados del año 2013 de aproximadamente 200 médicos oncólogos prestando sus servicios alrededor de todo el país (10).

En cuanto a los profesionales de enfermería aptos para tal fin el número también es insuficiente, de acuerdo con el Sistema de Información para la Educación Superior –SNIES– del Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Según éste, hay una baja oferta de programas de formación posgraduada en enfermería; el SNIES reporta que existen 36 programas de especialización y 6 de maestría, ofrecidos por 17 Universidades. En cuanto a la formación del cuidado del paciente con cáncer, solo 4 universidades ofertan programas de posgrado: la Universidad de Antioquia ofrece el programa de Especialización en Cuidado al paciente con cáncer y su familia, la Universidad del Valle la Especialización en Enfermería oncológica, la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín ofrece una Maestría en enfermería Oncología, y la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá cuenta con un programa de Maestría en enfermería oncológica (11), para cubrir la demanda de los 3117 servicios oncológicos habilitados en el país (10).

Ante esta problemática de dificultad en el acceso, oportunidad en la atención y falta de talento humano competente, el gobierno colombiano ha diseñado y puesto en marcha el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020, como una estrategia para controlar la situación. El plan tiene como objetivos el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo (12).

A fin de hacer operativo el Plan Decenal, se han propuesto seis líneas estratégicas relacionadas con el control del riesgo, prevención primaria, detección temprana de la enfermedad, atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer, mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer, gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer, formación y desarrollo del recurso humano.

Esta última línea estratégica del plan decenal, debe responder a las necesidades y problemas de salud actuales y previsibles en el futuro, mediante la orientación de los procesos de formación básica y continúa del recurso humano, estableciendo directrices y estándares que contribuyan a mejorar la calidad en la atención integral del paciente con cáncer (12).

Los estándares para mejorar la calidad en la atención del paciente con cáncer deben contemplar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del cuidado, además de los efectos secundarios que con frecuencia tienen los tratamientos. Estos aspectos requieren que los profesionales de enfermería adquieran un bagaje de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, además de unas competencias que aseguren una práctica competente, que la experiencia profesional y la formación de posgrados pueden brindar.

Ahora bien, en el ámbito del cuidado al paciente con cáncer, en el contexto colombiano, no están claramente definidas las competencias del profesional de enfermería que se desempeña en el área; sin embargo, en algunos documentos legales que fundamentan los procesos formativos, se alude a ellas de manera incipiente.

En la legislación de la enfermería Colombiana, Ley 266 de 1996 (13) se proponen las competencias del profesional de enfermería de manera general sin referirse a competencias en áreas específicas de cuidado; de igual manera, dicha norma aún debe ser reglamentada y ajustada a las exigencias de la sociedad colombiana, puesto que el vacío legal existente deja abierta la puerta a la formulación y desarrollo de la normatividad en relación con competencias, las titulaciones de posgrado y el ejercicio práctico requeridos en determinadas áreas del cuidado.

De otra parte, en el marco legal propuesto por la Ley 1384 de 2010 o Ley de Atención Integral de cáncer, que orienta la atención del paciente con cáncer, se deja explícito en el artículo 8 la necesidad de contar con profesionales de enfermería capacitados y competentes en esta área, es decir, las instituciones que prestan esta atención deben contar con Enfermera Especialista o con entrenamiento en el área de cuidado al paciente con cáncer (14).

Al igual que la normatividad alude a la competencia de las enfermeras que se desempeñan en unidades de oncología, la literatura menciona la importancia de las competencias profesionales para el cuidado del paciente con cáncer y su familia, mediante algunas investigaciones desarrolladas sobre el tema que se describen a continuación:

Scarpa (15) analiza cómo las funciones de investigación, administración, educación y consultoría, ejecutadas por los profesionales de enfermería impactan significativamente en la calidad de vida de un grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, evitando que renuncien a los tratamientos y previniendo efectos adversos indeseados de los tratamientos.

Torres Contreras (16) realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con pacientes enfermos de cáncer hospitalizados en una unidad de oncología, para determinar la percepción de la calidad del cuidado según la dimensión de satisfacción y experiencia con los cuidados en los pacientes que recibieron

tratamiento. El análisis de los datos permitió llegar a la conclusión que la mayoría de los pacientes tenían una valoración positiva del cuidado de enfermería respecto a las dimensiones examinadas.

Dos Santos (17) realizó un estudio con el objetivo de identificar el perfil de las enfermeras que laboraban en las unidades hospitalarias de oncología. Los resultados fueron descritos en dos categorías: el perfil social y profesional de las enfermeras y la formación y preparación de éstas para desempeñarse. El autor describió que las enfermeras tenían edades comprendidas entre 23 y 57 años y contaban con la experiencia y preparación académica suficiente. El estudio identificó la necesidad de mayor desarrollo científico y profesional mediante la formación de posgrados, residencias, actividades de capacitación, cursos de actualización y participación en conferencias.

Donald D. Day (18) presentó el proceso realizado por Oncology Nursing Society (ONS) para describir las competencias que permitían al profesional de enfermería desarrollar las habilidades conocimientos, destrezas y liderazgo para el cuidado del paciente con cáncer; éstas fueron agrupadas en 5 dimensiones: Visión, Conocimiento, Efectividad interpersonal, Pensamiento sistémico y Dominio personal. Esto sirvió para documentar que, en su práctica, el profesional de enfermería refleja el conocimiento, pensamiento crítico e información significativa centrada en el paciente.

Otro aspecto a resaltar, en la literatura relacionada, es que algunos autores han planteado que el cuidado de enfermería brindado por profesionales con pocos conocimientos y poca experiencia para atender las complejas necesidades de los pacientes, aumenta el riesgo de que presenten eventos adversos (19) (20) (21).

En la literatura colombiana no se encontraron estudios que hicieran referencia a la descripción de competencias de los profesionales de Enfermería en el cuidado del paciente con cáncer; no obstante, si se encontraron estudios que analizan el rol del profesional de enfermería y la influencia de la educación en el cuidado del paciente con cáncer, entre otros aspectos:

Castebianco (22) presentó el rol del profesional de enfermería en algunas condiciones concretas como el cuidado del paciente con cáncer de próstata.

Galvis (23) realizó una revisión sobre la influencia de la educación ofrecida a los pacientes con cáncer en unidades de endoscopia. En este proceso, se hizo una revisión de las actividades educativas impartidas a pacientes y cuidadores egresados de un servicio de endoscopia, los hallazgos fueron contrastados con la literatura científica publicada, lo cual permitió identificar aspectos claves a incluir en la educación del paciente y su familia en asuntos relacionados con las actividades de la vida diaria, los efectos secundarios de los procedimientos y las complicaciones.

Por su parte, Jiménez (24) concluyó que la base para el cuidado de enfermería era la valoración, ésta debe ser continua, sistemática e individualizada. Estas conclusiones estaban fundamentadas en que las manifestaciones de la enfermedad son multisistémicas y crónicas, condición que influye en las respuestas humanas, reclamando valoración permanente.

Todo lo expuesto anteriormente, permite evidenciar la necesidad de expandir el área de desarrollo profesional de Enfermería en el cuidado del paciente con cáncer. Al relacionar los planteamientos anteriores surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las competencias realizadas por los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer?

Al responder esta pregunta se pretende describir las competencias que requieren los profesionales del área de enfermería y, con el análisis de los datos, contribuir al mejoramiento de los procesos de gestión del cuidado tanto en la formación del talento humano, como en la asistencia, investigación, desarrollo normativo y regulatorio; esto en respuesta a las necesidades de los pacientes, la familia, la sociedad y la disciplina de la enfermería en particular.

3. Justificación

En la formación del profesional de enfermería, el conocimiento llevado a la práctica es el eje fundamental en el desarrollo de habilidades y destrezas para el cuidado del paciente, al tiempo que fortalece la autonomía e identidad profesional (25).

De este modo, la adquisición de habilidades es un proceso que incluye la integración de la teoría y la práctica, proceso que, según Benner (26) y con base en la propuesta de niveles de formación de los hermanos Dreyfus, ha propuesto un modelo de adquisición de experticia para el profesional de enfermería en la práctica clínica, que va desde el nivel de principiante hasta el de avanzado. De acuerdo con la autora, la competencia se logra después de haber vivido considerables experiencias que permitan a los individuos utilizar la intuición en la toma de decisiones, para que ésta sea fluida, se dé automáticamente y no dependa del conocimiento explícito (26).

En esta observación, Benner (25) plantea cómo el conocimiento teórico adquirido en el proceso formativo formal debe ir ligado al conocimiento práctico derivado del ejercicio profesional y tiene que ver con aquellos elementos fundamentales para el desarrollo de una práctica profesional competente.

Desde esta perspectiva, la articulación entre la formación y la práctica es necesaria, tal como lo expone Medina (27), quien se refiere a la importancia de la racionalidad práctica reflexiva en la práctica profesional y en el ámbito académico. De acuerdo con esto, no se puede centrar la atención en lo técnico, que finalmente es instrumental y mecánico porque se aleja de la concepción de enfermería como “el arte de cuidar”, con el fin de individualizar la atención, captar la particularidad y la ambigüedad dadas en la situación y el contexto del que recibe cuidado.

Medina afirma que “la racionalidad practico reflexiva se fundamenta en un saber práctico y tácito que se activa durante la acción” (27), característica que debe estar presente en el perfil del profesional experto que presenta Patricia Benner (4). Éste se basa en las competencias desde el ser, hacer y saber, estos dos últimos se aprenden, mientras que el ser es algo propio de cada persona, de cada profesional de enfermería, que puede ser moldeado mas no transformado.

Siendo así, este tipo de desempeño implica la adquisición, desarrollo y puesta en marcha de un número de competencias que derivan de las actividades educativas formales e informales, entre ellos el saber desarrollado en la práctica, la normatividad, los protocolos institucionales y de manera importante, los intereses y motivaciones personales y profesionales.

En síntesis, el cuidado del paciente con cáncer para el profesional de enfermería, es un campo de acción en el que se debe relacionar la complejidad del proceso

fisiopatológico de la enfermedad y la necesidad de cuidado integral y transdisciplinario, lo que demanda del profesional de enfermería el desarrollo de competencias que integren los conocimientos científicos, tecnológicos y humanos para proveer un cuidado holístico acorde con las características del contexto social, económico y político actual del país.

En este contexto, la realización del presente estudio es relevante desde el punto de vista social, dado que contribuye a la revisión y análisis de las competencias profesionales para la provisión de unos cuidados seguros y de calidad al paciente con cáncer, bajo la orientación efectiva de la gestión como herramienta fundamental para lograrlo. De este modo, el cuidado de enfermería contribuiría a promover la prevención, favorecer el acceso a la atención, paliar los efectos del padecimiento y acompañar a las personas al final de la vida.

Desde la perspectiva disciplinar, los hallazgos derivados de la investigación, se suman al acervo de conocimientos que fundamentan el ejercicio profesional, las actividades de investigación, formación del talento humano y consolidación de evidencias para la ampliación del marco normativo y regulatorio de la enfermería en un campo de acción en el que su contribución es esencial para los pacientes y sus familias.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Describir las competencias de los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer en las ciudades de Medellín, Rionegro y Envigado, durante el año 2017.

4.2 Objetivos específicos

Describir las características socio-demográficas, laborales y el nivel de formación de los profesionales de enfermería que cuidan a los pacientes con cáncer en las ciudades de Medellín, Rionegro y Envigado.

Identificar los conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería para el cuidado de los pacientes con cáncer en las ciudades de Medellín, Rionegro y Envigado.

Identificar las actitudes y valores de los profesionales de enfermería para el cuidado de los pacientes con cáncer en las ciudades de Medellín, Rionegro y Envigado.

5. Marco de referencia

5.1 Marco contextual

5.1.1 Situación del cáncer en Colombia.

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con un gran impacto social, económico y psicológico, que afecta no sólo al individuo que lo padece, sino también a su familia y al entorno que lo rodea; es una enfermedad que no escoge sexo, edad, raza o condición social, lo que hace más complejo el cuidado de las personas que padecen esta enfermedad, exigiendo del profesional de enfermería el desarrollo de competencias que le ayuden a brindar un cuidado holístico, que integre los conocimientos científicos, tecnológicos y humanos que sean acorde al contexto del país (10), en toda su diversidad.

Para el periodo 2010 – 2014 se estimaron en Colombia un total de 132.799 casos nuevos en mujeres, con una mayor incidencia en cáncer de mama, cuello uterino, tiroides, estómago y tumores de vías respiratorias (5). Durante el mismo periodo, en hombres se registraron un total de 174.638 casos nuevos, más del 50% de los cuales se concentró en el cáncer de próstata, estómago, colón, recto y pulmón (5).

En cuanto al total de casos prevalentes estimados, el 66,5% se dio en mujeres. Los diez neoplasmas con prevalencias más altas para ambos sexos son: cáncer de seno, próstata, ovario, cuello uterino, tiroides, colon, recto, melanoma maligno de piel, linfoma no Hodgkin, útero y estómago (5).

Con respecto a la distribución por edad, según la prevalencia de los tumores, se presentó la siguiente situación, El cáncer de próstata afectó principalmente a los mayores de 70 años, mientras que el cáncer de mama presentó el más alto número de casos nuevos en mayores de 50 años. El cáncer de colon y recto es el primer tipo de cáncer relevante para ambos sexos, el cual presentó cifras de mayor incidencia a partir de los 50 años (5).

En cuanto a la mortalidad, el total de casos estimados para ambos sexos fue de 32.937. Los cánceres que aportaron el 70% de las muertes fueron: estómago, tráquea, bronquios, pulmón, colon, recto, próstata, mama, hígado, cerebro y cánceres del sistema nervioso y leucemias. El rango de edades donde más se presentaron muertes se dio entre los 50 y 80 años (5).

A partir de los datos antes reportados, que reflejan la alta incidencia y mortalidad causada por la enfermedad, se hace necesaria una práctica de enfermería reflexiva, competente, es decir, adaptada a las situaciones del contexto y que

articule los conocimientos, habilidades y valores para la gestión del cuidado y la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes con cáncer.

Dicha práctica competente debe fundamentarse en la mejor evidencia disponible y en los elementos que fundamentan la estructura de la disciplina de la enfermería, con el fin de imprimir humanismo y calidad en el cuidado de las personas con cáncer. Así mismo, mostrar a la sociedad el aporte profesional mediante acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, actividades de tratamiento, rehabilitación y acompañamiento en procesos de fin de vida ante un problema de salud que tiene un elevado costo humano y social.

5.1.2 Sistema de salud colombiano y la atención del paciente con cáncer.

En los últimos años, Colombia ha experimentado una serie de reformas sociales y económicas que involucran el sistema de salud. Tras la promulgación de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud ha presentado cambios en el financiamiento, en el aseguramiento de un número importante de población, en la focalización de subsidios a los pobres y también se ha enfrentado a una importante crisis hospitalaria (28).

En referencia específica al control del cáncer, el advenimiento de la Ley 100 introdujo una serie de cambios en la atención de las personas con esta patología; para lo cual desde mediados de la década de los 60 se habían comenzado a realizar en Colombia actividades aisladas para el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino. Tanto el sistema de salud pública como organizaciones privadas (Profamilia y la Liga Colombiana Contra el Cáncer), iniciaron la toma de citología con diferentes matices (28).

La formulación de un Plan Nacional de Cáncer en 1975 creó zonales o regionales de cáncer, conformadas por unidades de cáncer en hospitales generales de tercer nivel; este plan fue retomado en la década de los 90 y permitió, entre otras cosas, la dotación de hospitales públicos con equipos de radioterapia y otra tecnología básica para el tratamiento de la enfermedad (29).

Hacia finales de la década de los ochentas el Ministerio de Salud creó el Programa Nacional para la Detección y Diagnóstico Temprano de Cáncer de Cuello Uterino y el Programa Nacional para el Control del Tabaquismo. A partir de la Ley 100 las actividades relacionadas con el control del tabaquismo pasaron a ser responsabilidad del Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social), el Plan Nacional de Cáncer perdió su vigencia por las características del nuevo sistema, mientras que el programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino se convirtió en un conjunto de actividades descentralizadas cuya ejecución quedó a cargo de las aseguradoras (EPS - ARS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (29).

Dentro del nuevo sistema se reglamentaron acciones para la detección temprana definiendo actividades colectivas como la educación y la canalización de pacientes para la toma de citología dentro del Plan de Atención Básica (PAB) y acciones individuales que incluían medidas educativas, toma de citología y realización de mamografía dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) (29).

Uno de los retos que generó la creación del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia fue la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esto se vio reflejado en la atención a los pacientes con cáncer, ya que por los altos costos de la atención generó una creciente oferta de instituciones y profesionales independientes con capacidad para habilitar servicios de atención de cáncer (28).

Según informes del Instituto Nacional de Cancerología, entre 2004 y 2012, hubo una creciente oferta de servicios oncológicos en el país, al punto que la base de datos de habilitación reportaba para agosto del último año 3.117 servicios oncológicos, de los cuales 386 correspondían a profesionales independientes y 9 a otro tipo de servicios; a su vez, el total de IPS fue de 743 con 826 sedes (10).

Quizá el problema más grave derivado de la sobre oferta de servicios, fue el elevado gasto en el que incurrió el sistema; para 2007, el cáncer de mama fue la enfermedad que mayores recobros reportó al Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) con un 6,57% (29). Las circunstancias anotadas son aún más complejas si se tiene en cuenta que las tendencias de la mortalidad por cáncer en Colombia siguen en aumento en la mayoría de casos.

Esta situación se ha convertido en un reto para el gobierno colombiano y ha llevado a que en los últimos años se hayan reglamentado una serie de actos legislativos con el objetivo de reglamentar el derecho a la salud de los pacientes con enfermedades neoplásicas y a fortalecer la prestación de los servicios de atención oncológica; entre las que figuran las siguientes leyes y resoluciones:

- Ley 1384 de 2010 o Ley de Atención Integral de cáncer, conocida como Ley Sandra Ceballos (14),
- Ley 1388 de 2010 que definió el derecho de los niños con cáncer (30).
- Resolución 5521 de 2013, que en sus tres anexos técnicos contempló los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, los exámenes paraclínicos, las imágenes diagnósticas y los medicamentos para la atención de los pacientes como partes del Plan obligatorio de salud (31).
- Ley 1733 expedida en 2014, denominada Ley Consuelo Devis Saavedra, que reglamentó los servicios de cuidados paliativos para pacientes terminales (32).
- Resolución 01477 del 22 de abril de 2016 (33), que definió los procedimientos, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de cáncer del Adulto –UFCA– y las Unidades Funcionales para la atención Integral de cáncer del infantil –UACAI-. Según

la resolución, las Unidades Funcionales de Atención Integral han sido definidas como “unidades clínicas habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección ubicadas al interior de las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS–, cuya función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y tratamiento” (33).

Es preciso anotar que esta última resolución aún no se ha hecho efectiva, la atención de los pacientes se sigue ofreciendo de forma desarticulada, de manera que los pacientes son enviados por las Entidad promotora de Salud –EPS– a diferentes IPS para que realicen sus respectivos tratamientos, situación que pone en riesgo la seguridad, calidad, oportunidad y pertinencia en la atención.

A la luz de la normatividad que regula la prestación de los servicios a los pacientes con cáncer, es importante precisar la relevancia que tiene la participación de los profesionales de enfermería en la gestión integral del cuidado de los pacientes y sus familias, hecho que demanda un alto nivel de competencias profesionales.

5.1.3 Legislación de enfermería en Colombia.

La profesión de Enfermería y su objeto principal, el cuidado, se rige por la Ley 266 de 1996 que reglamenta el ejercicio profesional, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación (13).

En el artículo 3 de dicha Ley se define la Enfermería como “una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar” (13).

Según la norma, los principios que rigen la profesión son la integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad y continuidad, los cuales están orientados a brindar cuidados a la persona, familia y comunidad, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad, siempre fundamentada en los principios éticos y morales, y en el respeto de los Derechos Humanos (13).

En el artículo 17 se han fijado las competencias de los profesionales de enfermería en el contexto colombiano. Dichas competencias se enfocan en que los profesionales puedan:

- Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programa, planes y proyectos de atención de salud.
- Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales.
- Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de Enfermería.
- Dirigir los servicios de salud y de enfermería.
- Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
- Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación y docencia tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas(13).

Si bien la ley dictaminó unas competencias, en la práctica no han sido totalmente desarrolladas, se dan unas orientaciones generales sin fijar campos de acción específicos, como bien podría ser el de la atención a los pacientes con cáncer. De igual modo que la normatividad fue expedida en un momento de transición para el sistema de salud, muchas de las condiciones actuales de la prestación de servicios y de la situación laboral de los profesionales de enfermería han cambiado sustancialmente y aún no se han hecho cambios y adaptaciones respectivas a la norma.

Posteriormente, se promulgó la Ley 911 de 2004 mediante la cual se dictaron las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para la profesión de la Enfermería en Colombia; y el establecimiento del régimen disciplinario (34). La ley determinó tres aspectos importantes, los principios, valores éticos y el acto del cuidado de la Enfermería. Al referirse a los principio y valores que fundamentan la profesión de Enfermería, dicha ley señala la importancia de “El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política” (34).

Continúa la norma aludiendo a la responsabilidad deontológica de la profesión que se orienta por los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad; estos principios han de orientar la responsabilidad deontológica de la profesión de la Enfermería (34). En relación con el acto de cuidado, la misma ley plantea que “el acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas” (34).

En lo que respecta a las competencias del profesional de enfermería, el párrafo del artículo 28 señala que “en caso de que al profesional de enfermería se le asignen actividades o tareas diferentes de las propias de su competencia, podrá negarse a desempeñarlas cuando ellas se afecte su dignidad, el tiempo dedicado al cuidado de enfermería o su desarrollo profesional” (34).

A este punto, luego de hacer esta revisión de la legislación vigente sobre la Enfermería en Colombia, queda claro que las competencias profesionales aún están por desarrollar, delimitar y reglamentar, de manera que tanto las competencias de formación profesionales y laborales promuevan el desarrollo de la profesión y la disciplina, para responder de manera efectiva a las necesidades de cuidado de la sociedad; en el caso concreto de este trabajo, se manifiesta la necesidad según la cual se debe atender a las situaciones y necesidades de cuidado de los pacientes con cáncer y sus familias.

5.1.4 Necesidades de cuidado del paciente con cáncer.

El diccionario de la Real Academia Española define necesidad como “Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida” (35). Durante la evolución del cáncer, se presentan un sinnúmero de cambios a nivel físico, emocional y social que derivan en una serie de necesidades relacionadas con el estado de salud tanto en el paciente como en su familia, que varían de unos individuos a otros.

Las diversas necesidades humanas han sido estudiadas por varias disciplinas como la psicología, sociología y ramas de la salud; algunos autores, como Max Neef afirman que “la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales” (36). A su vez, el autor reconoce las necesidades desde dos categorías: necesidades existenciales, que hacen referencia a las necesidades del ser, tener, hacer y estar; y necesidades axiológicas como subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Por otro lado, según Maslow (37) las necesidades surgen en un contexto cultural determinado. Según este autor, hay necesidades básicas (hambre, sed, sexo, seguridad o logro) y unas meta-necesidades (justicia, bondad, belleza, orden, unidad). Además, las ha agrupado en una forma jerárquica, ubicándolas por prioridades en cuanto al nivel de satisfacción que requieran; es decir, primero se tienden a satisfacer las más básicas y, posteriormente, las de orden superior. Aunque para la conservación de la vida es necesaria la satisfacción de las necesidades básicas, también es cierto que para una calidad de vida se hace necesario la satisfacción de las necesidades superiores, que conducirán al fortalecimiento físico, espiritual y psicológico.

Lo expuesto anteriormente se evidencia aún más en el paciente con cáncer, ya que durante el proceso de evolución de la enfermedad, se presentan una serie de cambios a nivel físico, emocional y social que producen una serie de necesidades tanto en el paciente como en su familia, las cuales varían de un individuo a otro (38).

En estudios realizados durante las últimas dos décadas, se destaca que las necesidades de los pacientes con cáncer incluyen *necesidades fisiológicas*, producto de los cambios en la imagen corporal que se presentan, bien sea por el desarrollo natural de la enfermedad o como secuelas del tratamiento; estos cambios que dependen de la localización del cáncer, pueden ser temporales como la alopecia, cambios en la piel o uñas, pérdida de peso, y otros pueden ser permanentes como las secuelas de cirugías: amputaciones, cicatrices, ostomías, deformidades, asimetrías o linfedemas (39).

Los cambios mencionados anteriormente causan problemas emocionales en los pacientes, derivados de la no aceptación de la enfermedad, por los cambios en su imagen corporal, la dependencia relativa o absoluta para realizar las actividades de la vida diaria, el cambio de roles por la nueva condición, o la disfunción social en las relaciones, bien sea con la pareja, la familia o amigos. Estos cambios constituyen eventos estresantes que los pacientes deben afrontar configurando las *necesidades psicológicas y emocionales* que varían según el tipo de cáncer, el pronóstico, los tratamientos que esté recibiendo, la fase de la enfermedad que esté viviendo, generando sentimientos de impotencia, negación o angustia al sentir perder el control de su vida o la posibilidad de morir (39), siente *la necesidad de buscar un apoyo espiritual* o de fortalecer lazos de acuerdo con sus creencias.

Un ejemplo que ilustra lo anotado, es el estudio realizado en la Universidad Federal de Triangulo Mineiro en Brasil, con mujeres con cáncer de mama, en quienes la búsqueda de la religión se convirtió en una de las formas para disminuir el impacto que generaba el diagnóstico, facilitar el proceso de aceptación de la enfermedad y las restricciones que se pueden derivar. Por tanto, la fe de curación se basa en la creencia de la existencia de un "ser superior", que da esperanza y permite establecer un pacto con la vida y lograr un aliado contra la enfermedad (40). De esta forma, la fe se convierte en una estrategia de negociación para sobrevivir al cáncer al disminuir sentimientos de miedo al futuro y cambiar la perspectiva del sufrimiento causado por la enfermedad (41).

Además, de las necesidades ya mencionadas, el paciente que padece cáncer y su familia presentan angustia y ansiedad relacionada, *con el poco conocimiento de la enfermedad y el tratamiento*, lo cual se debe principalmente a que en la relación paciente-profesional de salud existe intercambio de información, pero no comunicación, es decir, no se tiene la capacidad de responder a las expectativas de información del paciente y su familia (42).

En el 2016, en Colombia se realizó un estudio transversal con 173 pacientes con cáncer, con el objetivo de caracterizar las necesidades de cuidado de la salud en algunas unidades ambulatorias de oncología en dos instituciones hospitalarias de Bogotá. En este estudio, se informó acerca de la evaluación de necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio, de acuerdo con su clasificación en dominios en orden de frecuencia del siguiente modo: factores físicos y vida cotidiana, las relacionadas con el sistema de salud e información, factores psicológicos, aspectos de la sexualidad y, finalmente, las necesidades de apoyo y cuidado del paciente (43).

Más de la mitad de los pacientes manifestaron tener necesidades no satisfechas en al menos uno de los dominios mencionados anteriormente destacándose la dimensión física como la que más generó necesidades insatisfechas en los participantes. De manera global, más del 54% identificó tener necesidades insatisfechas en todos los aspectos evaluados (43).

Otro hallazgo importante de esta investigación señaló que la pérdida de energía y el cansancio fueron comunes en los pacientes con cáncer en diferentes etapas de la enfermedad y no siempre estaban relacionadas con el tipo de tratamiento, razón por la cual no pueden ser asumidos como algo “natural” del cáncer, ni pueden ser ignorados por los profesionales de la salud (43).

El estudio mostró que más del 39% de los participantes expresaron tener necesidades de tipo psicológico, donde la incertidumbre acerca del futuro está presente en un poco menos de la mitad de los participantes (43). Adicionalmente, el estudio permitió observar que la mayoría de los pacientes con cáncer tenían necesidades de información no satisfechas y que los profesionales de la salud tienen diferencias conceptuales en términos de este tipo de necesidad (43).

5.1.5 Magnitud y tendencias del cuidado de enfermería al paciente con cáncer en Colombia.

En Colombia, la estructura y dinámica del sistema de salud ha llevado a que los pacientes con cáncer reciban su tratamiento en forma fraccionada, pueden recibir la quimioterapia en una institución, la radioterapia en otra diferente y los procedimientos de cirugía en otra. Sumado a esto, las entidades promotoras de salud –EPS- están cambiando constantemente de proveedores de servicios para los pacientes, razones que no permiten que los profesionales de enfermería puedan brindar una atención integral y se limiten a resolver los problemas y necesidades específicas e inmediatas.

Al hacer una revisión de manera sistemática sobre la producción científica existente en Colombia sobre el cuidado al paciente con cáncer, y tras aplicar los criterios metodológicos y filtros respectivos, se encontraron 20 artículos en revistas

indexados; del total de las publicaciones, 17 eran resultados de estudios cualitativos y 3 de estudios cuantitativos.

Es de resaltar que más del 50 %, concretamente, 12 de los artículos fueron escritos por enfermeras asistenciales especialista que se desempeñan en el área del cuidado de pacientes con cáncer. El resto de artículos fueron escritos por docentes de diferentes Facultades de Enfermería del país. Los temas de los artículos se refieren principalmente a la percepción de los pacientes, familiares y enfermeras sobre el manejo de la enfermedad.

A continuación se describen los elementos principales reportados en los textos:

Galvis (23) realizó una revisión de aspectos de la educación del paciente oncológico que ingresa al servicio de endoscopia, a los pacientes y cuidadores de pacientes oncológicos que egresan de un servicio de endoscopia y se contrastó con la literatura científica acerca del tema, desde las perspectiva de la enfermería. Se identificaron aspectos claves a incluir en la educación del paciente que egresa y su familia, relacionados con el establecimiento de las actividades de la vida diaria, efectos secundarios de los procedimientos y complicaciones.

Jiménez (24) resaltó la importancia de la valoración y concluyó que la base para dar un cuidado de enfermería de calidad era la valoración, en este sentido los datos deben ser actuales y por tanto la valoración es continua y sistemática. La autora describió cómo, en el paciente con cáncer, las manifestaciones de la enfermedad fueron multisistémicas y crónicas, aspectos que influyeron en las respuestas humanas, por lo tanto, era necesaria una valoración permanente y una atención individualizada por parte del profesional de enfermería.

A su vez, Torres (16) realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con pacientes con cáncer hospitalizados en una unidad de oncología de una institución de salud, para determinar la percepción de la calidad del cuidado según la dimensión de satisfacción y experiencia con los cuidados en los pacientes que reciben tratamiento. El análisis de los datos permitió que los investigadores concluyeran que la mayoría de los pacientes tuvieron una valoración positiva del cuidado de enfermería respecto a las dimensiones de satisfacción y experiencia.

Algunos de los artículos analizaron los enfoques teóricos conceptuales de la disciplina de enfermería a partir de experiencias propias de la práctica, partiendo de la interacción establecida por los pacientes y su familia con el profesional de enfermería como base para establecer un cuidado humanizado (24) (44) (45) (46) (47).

Otros artículos mostraron el rol del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con cáncer, en los que se destacaban que las acciones asistenciales estaban enfocadas hacia la calidad y la excelencia, garantizando que los

procedimientos fueran seguros, guiados por las políticas y estándares de seguridad y calidad institucionales. Según este reporte el profesional en enfermería llevaba a cabo el seguimiento activo luego de la realización de los procedimientos, vigilando las posibles complicaciones que se presentaran para reportarlas y así determinar conductas a seguir (11) (46) (48).

Los aspectos analizados anteriormente permiten vislumbrar cómo el cuidado del paciente con cáncer demanda, por parte del profesional de enfermería, un ejercicio competente, crítico y reflexivo, con el fin de valorar las necesidades de los pacientes, determinar problemas reales y potenciales, planear las acciones, desarrollar intervenciones efectivas y seguras, y evaluar de manera constante la evolución y respuestas de los pacientes. En este sentido, el ejercicio profesional debe asegurar la competencia a todo nivel, con el objeto de brindar cuidados de calidad al paciente con cáncer y su familia.

5.2 Marco conceptual

En el siguiente apartado se presentan aspectos relacionados con la definición del término de competencias, la evolución, la estructura y su relación con la profesión de la enfermería y el cuidado del paciente con cáncer.

5.2.1 Competencias: evolución, definición y estructura.

El término de competencia es polisémico, se pueden encontrar múltiples definiciones y diversos enfoques de acuerdo al contexto disciplinar que se explore, ya sea en el campo de la psicología, las ciencias sociales, económicas, etc. Lo que sí es claro es que el concepto como tal se empezó a estructurar en la década de los años sesenta, a partir de las contribuciones de la lingüística de Noam Chomsky (49), la psicología cultural de Lev Semenovitch y Vigotsky (50) y la psicología conductual de Burrhus Frederic Skinner (51).

En 1970, Chomsky, citado por Barón (49), propuso el concepto de competencia lingüística como “una estructura mental implícita y genéticamente determinada que se ponía en acción mediante el desempeño comunicativo”. A partir de esta definición, el concepto de competencia comenzó a tener múltiples desarrollos y reelaboraciones, tanto en la lingüística como en la psicología y en la educación.

Por su parte, Burrhus Frederick Skinner (51) planteó en 1968 la competencia como “la identificación de atributos causalmente relacionados con el desempeño eficiente de las personas frente a un estándar normalizado”.

En contraste, Vigotsky (50) asumió las competencias como “acciones situadas, en las cuales intervienen aspectos como el aprendizaje y el contexto, donde la cultura juega un papel importante”.

En las décadas de los 70 y 80 la formación del profesorado y la formación empresarial estaban basadas en competencias. El enfoque para la formación del profesorado basado en competencias permitió desarrollar perfiles más adecuados destinados a este grupo profesional (52).

Autores como Sandoval F, Miguel V y Montaña N (53), han señalado que la evolución del concepto de competencia se puede representar como “olas” de cambios que se suceden unos tras otros. Dichas oleadas de cambios propuestas por los autores se describen a continuación:

Ola Inicio (1970-1979): se estableció la oposición entre competencia y actuación. Esta época marcó el inicio del concepto en el contexto de la psicología.

Ola de Inclusión (1980-1995): En esta etapa la competencia se concibió como una compleja estructura de atributos. Significó la inclusión del concepto en entornos laborales.

Ola para el ABC “Aprendizaje Basado en Competencia” (1995- 2007): De acuerdo con esta tendencia, la competencia implica la combinación de atributos (conocimiento, actitudes, valores y Habilidades) y las tareas que se tienen que desempeñar en determinadas situaciones. En esta época el concepto trascendió hacia las unidades educativas, planteándose la inclusión dentro de los planes de formación o curriculum.

Ola para Evaluación (2008- Actual): En esta etapa la competencia fue definida por la capacidad productiva de un individuo, se midió en términos de desempeño en un determinado contexto. La competencia estaba ligada a la generación de evidencia para la certificación, en esta etapa se empezaron a utilizar las competencias como la base para la evolución y calificación de los trabajadores.

Como se ha descrito hasta ahora el concepto de competencias se empezó a utilizar en la década de los sesenta con base en los aportes de autores como Chomsky, Vigotsky y Skinner. No obstante, hay controversia al respecto pues otros autores han atribuido al profesor David McClellan, de la Universidad de Harvard, la formulación inicial del término “competence” en el campo de la Psicología (54).

5.2.2 Concepto de competencias.

Al hacer el análisis etimológico del término, se ha encontrado que éste proviene del latín *competere*, que en español cobra sentido en dos verbos “competere” y “competir”. Es importante destacar que, a partir del siglo XV, en español, “competere” vino a significar “pertenecer a”, “incumbir”, dando lugar al sustantivo “competencia” y al adjetivo “competente” para indicar “apto” o “adecuado” (55)

En el diccionario de la Real Academia Española encontramos dos significados diferentes para el mismo concepto, es decir una homonimia; la primera definición tiene referencia a la disputa o contienda de dos o más personas sobre algo, oposición, rivalidad entre otros. La segunda definición es la de pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado (35).

David McClellan, citado por González (54), definió el concepto de Competencia en el año 1973, como “la característica esencial de la persona que es la causa de su rendimiento eficiente en el trabajo” y abogó por el uso del concepto de competencia, en lugar del concepto de inteligencia, mostrando cómo identificar competencias a través de entrevistas conductistas. Según lo indicado, las competencias podrían ser adquiridas a través de la formación y el desarrollo.

Años más tarde, en 1993, Spencer y Spencer, definieron el término competencia como: “la característica subyacente en un estándar de efectividad y/o a una performance superior en un trabajo o situación” (56). Este autor propuso cinco atributos personales básicos para la realización de un trabajo o situación:

- *Aptitudes y habilidades*: definidas como la capacidad de la persona para llevar a cabo una actividad, como hablar en público, por ejemplo.
- *Rasgos de personalidad*: Predisposición a comportarse o reaccionar de una manera determinada, como por ejemplo la motivación.
- *Conocimientos*: se refiere a los conocimientos tanto de las técnicas como a las relaciones interpersonales.
- *Concepto de uno mismo*: Conjunto diverso de factores mentales, creencias sociales.
- *Motivos*: Necesidades o formas de pensar para impulsar u orientar la conducta de una persona.

En su momento, Rodríguez definió las competencias como un “Conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona que le permiten la realización exitosa de una actividad” (57).

En el año 2002, el Proyecto Tuning Educational Structures in Europe, definió la competencia como “combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje en un programa educativo o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo” (58).

Con base en la revisión de las múltiples acepciones del término, se podría concluir que las definiciones estudiadas tienen algunos puntos en común, como lo son:

- El concepto competencia incorpora conocimientos, procedimientos y actitudes combinadas, coordinados e integrados.

- La competencia incluye un saber (conceptual), saber hacer (procedimientos) y saber ser (actitudinal).

5.2.3 Estructura de las competencias.

Algunos autores hablan sobre la estructura que debe tener las competencias:

Díaz (59) indica que las competencias se estructuran en tres componentes:

1. *Conocimientos*: se refieren a la adquisición sistemática de conocimientos, clasificaciones, teorías, etc. Está relacionado con materias científicas o áreas profesionales.
2. *Habilidades*: implican el entrenamiento en procedimientos metodológicos aplicados relacionados con materias científicas o áreas profesionales (organizar, aplicar, manipular, diseñar, planificar, realizar, etc.).
3. *Actitudes y valores*: elementos necesarios para el ejercicio profesional, se refiere a la responsabilidad, autonomía e iniciativa ante situaciones complejas.

Por su parte, Pereda y Berrocal (60) señalan que los componentes de las competencias son: el “saber”, el “saber hacer”, el “saber estar”, el “querer hacer” y el “poder hacer” (60).

El *saber* es definido como un conjunto de conocimientos que permiten a la persona realizar los comportamientos incluidos en la competencia. Pueden ser de carácter técnico (orientados a la realización de tareas) y de carácter social (orientados a las relaciones interpersonales). La experiencia juega un papel esencial como “conocimiento adquirido a partir de percepciones y vivencias propias, generalmente reiteradas” (60).

El *saber hacer* está representado por las habilidades y destrezas, es decir, la capacidad de aplicar los conocimientos en la solución de problemas que se presentan en el trabajo. Se puede hablar de habilidades técnicas (para realizar tareas diversas), habilidades sociales (para relacionarnos con los demás en situaciones heterogéneas) o habilidades cognitivas (para procesar la información que nos llega y que debemos utilizar), aunque lo habitual es que estas distintas habilidades interactúen entre sí (60).

El *saber estar* se refiere a las actitudes e intereses acordes con las características del entorno organizacional y/o social, es decir, que los comportamientos de la persona se ajusten a las normas y reglas de la organización. Se trata de tener en cuenta los valores, creencias y actitudes que favorecen o dificultan determinados comportamientos en un contexto dado (60).

El *querer hacer* alude a los aspectos motivacionales, responsables de que la persona quiera o no realizar los comportamientos que componen la competencia. Se trata de factores de carácter interno (motivación por ser competente, identificación con la tarea, etc.) y/o externo a la persona (dinero “extra”, días libres, beneficios sociales, etc.), que determinan que ésta se esfuerce o no por mostrar una competencia(60).

El *poder hacer* se refiere a las características personales y de la organización, es decir, que la persona disponga de los medios y recursos necesarios para llevar a cabo los comportamientos incluidos en la competencia (60).

Además, de los componentes indicados anteriormente otros autores proponen el “saber desaprender” y “saber transferir”, donde:

El *saber desaprender* hace referencia a la capacidad de adquirir nuevos conocimientos, habilidades o actitudes, desde diferentes perspectivas a un problema o situación.

Mientras que el *saber transferir* se define como la capacidad de comunicar, colaborar y aplicar en otros ámbitos lo aprendido, como capacidad para adaptar la competencia a cualquier contexto, siendo capaces de resolver cualquier situación compleja (61).

Los autores mencionados concuerdan en algunos aspectos de los componentes de las competencias: *el conocimiento o saber, las habilidades o saber hacer, las actitudes y valores o el saber estar*, y cómo estos elementos se relación para el logro de un objetivo.

5.2.4 Categoría competencias.

Además de conocer las distintas visiones que se tienen en relación a la definición de las competencias es importante conocer su clasificación. De acuerdo al proyecto Tunning las competencias se clasifican en genéricas (transversales) y específicas (profesionales) (58). Las competencias genéricas tienen carácter transversal para cualquier graduado y se desarrollan en relación a tres criterios clave:

Contribuyen a obtener resultados de alto valor, tanto a nivel personal como social, son aplicables a un amplio abanico de contextos y ámbitos relevantes y son importantes para que todas las personas puedan hacer frente exitosamente a la variedad de exigencias complejas de la vida (58).

Las competencias genéricas, se clasifican a su vez en:

- *Competencias instrumentales*: miden las capacidades para entender y utilizar las ideas y pensamientos relacionados con las cuestiones que se abordan y las destrezas relacionadas con el uso de medios técnicos (como

los ordenadores) así como las destrezas lingüísticas, la comunicación oral, escrita y el conocimiento de idiomas.

- *Competencias interpersonales*: miden las habilidades de relación social y de integración en los diferentes colectivos y la capacidad de trabajar en equipos específicos y multidisciplinares. Permite que las personas, tengan interacción con los demás.
- *Competencias sistémicas*: miden habilidades y capacidades de comprensión, sensibilidad y conocimiento. Permiten apreciar las relaciones y vinculaciones de las partes de un todo. Requieren como base, la adquisición previa de capacidades instrumentales e interpersonales (58).

Por otro lado, las *competencias específicas* caracterizan el perfil profesional de cada profesión, éstas son la base de los distintos currículum que forman parte de las titulaciones académicas. Además, constituyen el desarrollo eficaz y eficiente de los conocimientos, actitudes e intereses relativos al campo profesional. Las competencias específicas se dividen a su vez en tres clases, *las académicas* relativas a conocimientos teóricos (saber); *las disciplinares* o conjunto de conocimientos prácticos requeridos para cada disciplina profesional (hacer); y las *profesionales* que forman parte tanto de la comunicación como de la aplicación del ejercicio de la una profesión en concreto (saber hacer) (54).

5.2.5 Competencias de los profesionales de enfermería.

Es importante mencionar algunas definiciones sobre competencias para los profesionales de enfermería. La Asociación de Enfermeras de Canadá define las competencias como el conocimiento, capacidades, juicio y atributos personales específicos que se requieren para que la enfermera ejerza su profesión de manera segura y ética en una función y contextos determinados (62).

Campbell y Mackay (63) identificaron tres conceptos en la definición de competencias: la capacidad para ejercer en una determinada función, la influencia que el contexto de la práctica ejerce sobre la competencia y la integración del conocimiento, capacidades, juicios y habilidades.

Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermería —CIE— define las competencias como “un nivel de realizaciones que muestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio” (64).

En el año 2011, en Colombia se constituyó un grupo interdisciplinario e intergremial, conformado por representantes de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia —ANEC—, La Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería —ACOFAEN—, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería —CTNE— y la Academia Nacional de Medicina, con el propósito de revisar y elaborar una

propuesta para definir el perfil, los diferentes roles y las competencias de los profesionales de enfermería, acorde con las necesidades y el contexto del país (65).

En esta labor, el grupo en cuestión utilizó como insumos la legislación de enfermería (Ley 266 de 1996, Ley 911 de 2004) (13) (34) y otros escritos como “Documentos síntesis priorización de la problemática de la profesión de Enfermería en Colombia. Julio 2009” y la “Declaración sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de enfermería en Colombia. Mayo 2010” elaborados por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería (65).

El grupo de trabajo concluyó que las competencias de los profesionales de Enfermería en Colombia no eran un concepto terminado, sino que estaban en construcción como una categoría en proyección, cuyo propósito era incidir en la salud de las personas, la familia, la comunidad y el entorno; lo anterior mediante la proyección de un cuidado hacia la satisfacción de las necesidades humanas, contribuyendo con la construcción de una vida digna y el bienestar general, buscando la autonomía profesional y cumplir responsablemente con la función social de la profesión de enfermería, la de cuidar la salud y la vida (65).

Hasta aquí, las definiciones analizadas reflejan algunos aspectos que los profesionales de la enfermería requieren para el ejercicio profesional, como son los conocimientos, la comprensión y el juicio; también un conjunto de capacidades cognitivas técnicas e interpersonales, más una gama de atributos y actitudes personales.

De otro lado, también se aprecian atributos cuantitativos y cualitativos de las competencias, es decir, no sólo importa cuánto se hace, sino cómo se hace. Para esto son necesarios los valores y las experiencias de profesionales expertos y cualificados, que puedan llevar a cabo un buen desarrollo de la observación, escucha, diálogo e intercambio de experiencias, tanto con los demás profesionales como con los pacientes.

Con respecto al desarrollo de la experticia y cualificación profesional, Patricia Benner ha explorado y analizado los asuntos relacionados con el desarrollo de las habilidades y competencias profesionales. Dicha autora define la competencia como una actuación cualificada que se conoce y se describe según intenciones, funciones y significados (66). Siguiendo las bases del proceso de adquisición de habilidades propuesto por los hermanos Dreyfus, Benner (26) ha delimitado los niveles desde principiante o novato hasta experto.

En su descripción, la autora reconoce en el profesional de enfermería principiante o novato la competencia de ejecutar tareas por medio del conocimiento de atributos que no demandan de experiencia previa, es decir, tareas que requieren sólo del conocimiento teórico para su ejecución (conocimiento en acción). Es la categoría dentro del modelo de adquisición de habilidades de Dreyfus que se caracteriza

porque no existe aún conocimiento de base de la situación, de modo que al entrar en contacto con el contexto o situación, la persona precisa de unas guías, reglas o pautas para encausar su iniciativa (26).

Por otro lado, el profesional principiante avanzado es aquel que demuestra un rendimiento de nivel aceptable, pudiendo ejecutar tareas de mayor complejidad en donde se requiere al menos un nivel mínimo de experiencia previa en alguna situación similar; tiene la experiencia que le permite identificar aspectos de una situación, aunque en este nivel se requiere apoyo en el desempeño clínico y ayuda para establecer prioridades, ya que aún no es capaz de identificar qué es lo más importante. El profesional de enfermería competente es aquel que tiene dos o tres años de experiencia, desempeñando una labor en las mismas o análogas circunstancias, en este nivel es capaz de comenzar a ver sus acciones como planes o metas a largo plazo y contemplar de manera abstracta y analítica un problema.

Su práctica ha de estar basada basada en respuestas flexibles, que se producen por cambios y necesidades de los pacientes. Puede organizar mejor sus tareas y presenta una sensación de dominio y la capacidad de hacer frente y solucionar problemas contingentes de la práctica clínica, es capaz de realizar una planeación consiente y deliberadamente ayuda a lograr un nivel de eficiencia y organización en el desempeño de su trabajo, puede coordinar demandas complejas y tomar decisiones (26).

El profesional de enfermería proeficiente puede percibir las situaciones como un todo debido a la presencia de agudeza perceptual y a la habilidad de captar la situación y el ambiente. Este profesional va guardando sus experiencias y puede adelantarse a la ocurrencia de eventos típicos ante situaciones determinadas, posee una captación intuitiva de la situación que se fundamenta en un profundo conocimiento de base.

El profesional proeficiente es capaz de analizar la situación y darse cuenta cuando la normalidad está ausente. También pueden comprender de manera holística una determinada situación lo que mejora la toma de decisiones (26). El personal capacitado que se encuentra en el nivel de enfermería experto posee una comprensión intuitiva y profunda de la situación debido a la enorme experiencia y capacidad de adaptación. La actuación del profesional de enfermería experto es integral y existe un vínculo entre razonamiento clínico y ético (26).

Se puede afirmar que el desarrollo de competencias en el profesional de enfermería es un proceso de constante interacción, repetitivo y complejo; cuya dinámica se produce entre el profesional y el contexto laboral que lo rodea (67).

5.2.6 Competencias del profesional de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer.

Al igual que el profesional de enfermería desarrolla sus competencias profesionales como un proceso constante repetitivo y complejo, el profesional de enfermería que labora brindando cuidados al paciente con cáncer ha de seguir este mismo proceso. Algunos autores coinciden en que las competencias se adquieren también con la práctica profesional (68). En el caso de los profesionales que cuidan a pacientes con cáncer, la adquisición y desarrollo de las competencias parece seguir este mismo patrón.

Para el desempeño en la práctica profesional se requiere de una base de conocimiento específicos sobre el manejo y tratamiento del cáncer, más su articulación en la práctica clínica. En razón de que la atención al paciente con cáncer es una sub-área altamente especializada, se requiere de un nivel más alto de formación, que trascienda las competencias adquiridas durante la formación en el ciclo de pregrado.

A pesar de que la práctica de la enfermería en el manejo del paciente con cáncer se remonta al siglo XX, apenas se evidenció un progreso en la formación de los profesionales en enfermería en esta área hasta la década de 1950, y sólo en 1960 se identificó la enfermería oncológica como especialidad.

Los primeros esfuerzos para promover la educación de posgrado para la especialización en enfermería oncológica fueron promovidos por la American Cancer Society y por el National Cancer Institute, quienes desarrollaron un plan de estudios para la formación del profesional en enfermería en esta área; el alcance y nivel de práctica reflejan los valores éticos y filosóficos básicos de la profesión, mientras que el profesional los articula con el logro de una autonomía en la práctica.

En el país, según con el Sistema de Información para la Educación Superior – SNIES– del Ministerio de Educación Nacional (11), existen 4 programas de formación de posgrado en el área de enfermería oncológica:

La Facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia creó en el año 2013 el programa de la especialización en enfermería en cuidado al paciente con cáncer y su familia, cuyo propósito es ofrecer al profesional en enfermería los conocimientos y procesos de la práctica desde la dimensión epistemológica, teórica y metodológica de la disciplina para el fortalecimiento de las competencias en el cuidado de enfermería al paciente con riesgo de padecer cáncer o que aquel que ya sufre la enfermedad, además de las secuelas generadas en su familia.

Por su parte, la Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana de la ciudad de Medellín, crea en el 2016 el programa de maestría en enfermería oncológica, cuyo propósito es formar profesionales íntegros con alta fundamentación científica, que desde los modelos conceptuales de enfermería brindan un cuidado especializado a la población susceptible al cáncer (69).

En Bogotá, la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana ofrece el programa de maestría en enfermería oncológica con el propósito de abordar el cuidado de enfermería en el área oncológica, desde la prevención hasta el cuidado de los pacientes con diagnóstico de cáncer, a partir de una formación integral que reconoce las últimas tendencias, desarrollos e investigaciones en el área de oncología (70).

En Cali, La Facultad de Enfermería de la Universidad del Valle abre en el 2017 el programa de especialización de enfermería oncológica, cuyo propósito es formar enfermeros con conocimientos, habilidades y comportamientos tanto éticos como humanísticos, acordes con los avances y estándares en la prevención, tratamiento y rehabilitación de niños y adultos con cáncer (71).

De manera general, podría decirse que las orientaciones académicas de los programas de posgrado enunciados se estructuran en torno al cuidado de enfermería y que los propósitos de formación coinciden en la necesidad de fortalecer, en los profesionales de enfermería, las competencias para el cuidado de los pacientes con cáncer en cualquier etapa del proceso de la enfermedad.

Ahora bien, al revisar y analizar la producción académica y científica publicada sobre las competencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con cáncer, no se observa un consenso al respecto. Además, las orientaciones en materia de competencias vienen determinadas por los asuntos legislativos y normativos de cada país, al igual que por las asociaciones y agremiaciones científicas de oncología.

Por ejemplo, la sociedad Española de Enfermería Oncológica —SEEO— ha definido la práctica del profesional de enfermería en el área del cuidado del paciente con cáncer, como la prestación de servicios profesionales, competentes al individuo, familia o comunidad desde la prevención del cáncer hasta los cuidados del enfermo en situación terminal. Para ello, el profesional de enfermería desarrolla funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando el método científico que le permite identificar y tratar la respuesta humana más adecuado, con miras a determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual del paciente (68). En este contexto, la SEEO considera que los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes que promuevan un alto nivel de competencia en esta área del cuidado (68).

En concordancia al planteamiento anterior, la Canadian Association of Nurses in Oncology/Association canadienne des infirmières en oncologie —CANO/ACIO— y la Oncology Nursing Society —ONS—, plantearon los perfiles para la práctica profesional de las enfermeras utilizando como referente la teoría de adquisición de experticia de Patricia Benner, donde las enfermeras avanzan a lo largo de una

trayectoria de novato a experto de forma individual, y su nivel de experticia está determinado por el aprendizaje y las experiencias de la práctica cotidiana (72) (73)

Dichas asociaciones coinciden en reconocer a la *enfermera general (novata o principiante)* con un nivel educativo básico, sólo puede atender los pacientes que le sean asignados, bajo la supervisión de enfermeras expertas. El aprendizaje se centra en adquirir los conocimientos necesarios respecto a la biología del cáncer, administración de tratamientos como quimioterapia, radioterapia o bioterapia, y en la adquisición de habilidades que implican el cuidado y mantenimiento de los accesos venosos (72) (73).

En contraste, la *enfermera especialista (competente)* es una enfermera registrada, cuya principal función es el cuidado del paciente con cáncer, posee un conocimiento más profundo de la enfermedad y ha desarrollado habilidades y prácticas con las personas diagnosticadas con cáncer o en riesgo de padecerlo; su principal objetivo es la seguridad del paciente, para ello utiliza los conocimientos y habilidades adquiridas para prevenir y controlar los efectos secundarios de los tratamientos (72) (73).

El nivel de enfermería de práctica avanzada (proeficiente o experta) consiste en una magister en enfermería preparada con conocimientos y experiencia en el área del cuidado del paciente con cáncer (72) (73).

Adicional a lo anterior, las agremiaciones mencionadas han diseñado las competencias de la enfermera en el área del cuidado del paciente con cáncer como parte integral de una práctica de enfermería, centrada en el paciente y que refleja el conocimiento, el juicio y el pensamiento crítico del profesional de enfermería (72) (73).

El proceso para desarrollar dichas competencias guarda similitud con el empleado en el desarrollo de esta investigación. Inicialmente se conformó un grupo de expertas que realizaron una revisión y análisis de la literatura existente, a la luz de las condiciones y necesidades de cada contexto (Estados Unidos y Canadá). De manera unánime, las expertas señalaron la existencia de un vacío en el conocimiento ante la escasez de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y meta-análisis enfocados en el cuidado del paciente con cáncer.

Adicionalmente, la CANO (73) incluyó, además de las competencias profesionales, los derechos de los pacientes con cáncer y sus familias, a fin de ofrecer un marco de competencias más amplio y organizado en los dominios que se describen a continuación:

Evaluación Integral de Salud: en esta competencia el profesional realiza evaluaciones oportunas e integrales de la salud y las necesidades de atención de

apoyo del individuo con cáncer y sus familias, utilizando un enfoque sistemático que es sensible con el lenguaje y la cultura.

Estándar de práctica de relaciones terapéuticas y de apoyo: de acuerdo con éste estándar, el profesional se involucra en relaciones afectivas y terapéuticas con personas con cáncer y sus familias.

Tratamiento de los síntomas del cáncer y efectos secundarios del tratamiento: competencia que alude a las habilidades para el reconocimiento de los síntomas y efectos secundarios y la realización de acciones para contenerlos.

Estándar de práctica de enseñanza y entrenamiento: con base en esta competencia, el profesional prepara a los individuos con cáncer y sus familias para manejar y afrontar diversos aspectos del cáncer, brindando educación, apoyo psicosocial, espiritual y el asesoramiento requerido durante todo el proceso.

Estándar de práctica para la toma de decisiones y la abogacía: este estándar se realiza en colaboración con otros miembros del equipo interprofesional de atención médica, facilitando la autodeterminación y toma de decisiones informadas por parte del paciente y su familia.

Facilitar la continuidad de Cuidado: esta competencia está orientada a la promoción y facilitación de la continuidad de la atención en diferentes entornos y entre los proveedores de la atención médica.

En esta misma línea, la Oncology Nursing Society (72) plasmó las competencias específicas del profesional de enfermería relacionadas con la atención del paciente con cáncer, distribuidas en cinco dimensiones:

Trabajo en equipo: describen el papel y las contribuciones de los miembros equipo interdisciplinario en el cuidado de las personas con cáncer durante el proceso de la enfermedad.

Desarrollo profesional: orientadas a fomentar el desarrollo profesional por medio de grupos de debates, reflexión o con la participación de tutorías, bien sea como aprendiz o tutor.

Atención clínica: orientadas a los cuidados para brindar una atención holística dirigida a satisfacer las necesidades físicas, espirituales o psicosociales de las personas con cáncer durante el proceso de su enfermedad.

Asuntos psicosociales: utiliza los recursos para ayudar a los pacientes con cáncer y sus familias a enfrentar el impacto financiero producido por la enfermedad.

Calidad: demuestra conocimientos relacionados con una práctica segura y un cuidado de calidad frente al paciente con cáncer.

En el contexto del presente trabajo y con base en las características que reviste el cuidado al paciente con cáncer en Colombia, se parte de la definición del *cuidar* en enfermería como “la ayuda profesional que se presta a otros en términos de bienestar y calidad de vida. Implica la identificación y prevención de riesgos para la salud; velar por su seguridad, lograr la adhesión a los tratamientos, promover la salud individual y colectiva, facilitar la rehabilitación e independencia hasta lograr su autonomía y acompañar a las personas en los procesos de muerte” (74).

De lo anterior se deriva que la labor de cuidado demanda la adquisición y desarrollo de competencias técnicas, científicas, humanísticas y éticas para la provisión de un cuidado eficaz, eficiente, seguro y orientado por la perspectiva de la disciplina de enfermería. Sumado a la conceptualización sobre el cuidado, y la necesidad de un alto nivel de competencias para la práctica, este trabajo se apoya en los postulados teóricos desarrollados por Patricia Benner (26), en los que se describen las características y fases del proceso de adquisición de experticia en un campo determinado, a fin de demostrar el conocimiento, las habilidades y la especialización en un campo determinado, que apunten hacia la consolidación de una práctica profesional competente y de calidad.

En esta línea, la argumentación sobre competencias con la que se busca dar soporte teórico al presente trabajo, se vincula con los planteamientos hechos por algunas agremiaciones profesionales, tal como ANEC, ACOFAEN, CTNEE y la Academia Nacional de Medicina, liderada por la enfermera Beatriz Suarez (65); planteamientos en los que se ha indicado que las competencias profesionales ponen su énfasis en los procesos de desarrollo humano, empoderamiento y autodeterminación, no como un concepto terminado, sino como la construcción de una categoría en proyección que le permita al profesional utilizar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para poder interactuar en situaciones individuales y colectivas, para fortalecer y preservar el cuidado de la vida de las personas, la familia, la comunidad y el entorno.

Bajo esta óptica, las competencias de los profesionales en enfermería tienen como fin incidir en la salud de las personas, la familia, la comunidad y el entorno, mediante la proyección del cuidado hacia la satisfacción de las necesidades humanas, contribuyendo con la construcción de una vida digna y el bienestar general (61).

En razón de la definición de competencias que alude a los conocimientos, habilidades y actitudes, es preciso hacer una revisión sucinta de los mismos. En sus planteamientos Díaz (59) expone que los *conocimientos* son una adquisición sistemática de saberes, clasificaciones, teorías en relación con materias científicas o áreas profesionales. Mientras que las *habilidades y destrezas* implican el entrenamiento en procedimientos metodológicos aplicados, relacionados con materias científicas o áreas profesionales (organizar, aplicar, manipular, diseñar, planificar, realizar, etc.). De otro lado, las *actitudes y valores* son vistos como

elementos necesarios para el ejercicio profesional, referentes a la responsabilidad, autonomía e iniciativa ante situaciones complejas.

En síntesis, a partir de la orientación del presente trabajo —que busca describir las competencias de los profesionales de enfermería para el cuidado de los pacientes con cáncer y sus familias— y bajo el supuesto de que el conocimiento y análisis de dichas competencias son el punto de partida para el mejoramiento de los procesos —de gestión del cuidado, de formación del talento humano y para el fortalecimiento de la disciplina y la profesión de enfermería, y la ampliación de un campo de acción apoyado en un marco regulatorio que reivindique la contribución de la enfermería a la sociedad— se precisa de un marco amplio para definir las competencias, de manera que reflejen tanto los conocimientos, las habilidades, las actitudes y los valores, como la perspectiva de la disciplina profesional de enfermería, su filosofía y valores.

6. Metodología

En el presente capítulo se presenta el diseño del estudio, la población, muestra, criterios de inclusión y exclusión de los participantes, el instrumento de recolección y el marco de análisis de los datos; también se nombran las consideraciones ético-legales.

6.1 Tipo de estudio

El presente es un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, realizado en las ciudades de Medellín, Rionegro, y Envigado, ubicadas en el departamento de Antioquia - Colombia, durante el año 2017.

Con base al fenómeno a investigar se decidió llevar a cabo una investigación cuantitativa, ya que según Polit, es un estudio sistemático, controlado empírico, reflexivo y crítico, de proposiciones hipotéticas sobre las supuestas relaciones que existe entre los fenómenos a estudiar. Se parte de la definición de un problema y la selección de conceptos, se pasa por el diseño de estudio y la recolección de la información y se llega a la solución del problema (75).

En las investigaciones cuantitativas, las de carácter descriptivo se ubican dentro de los estudios no experimentales, cuyo principal objetivo es observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría (75), lo cual concuerda con el objetivo de este estudio, a saber, describir las competencias de los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer en los municipios de Medellín, Rionegro, y Envigado, durante el año 2017.

6.2 Población y muestra

La población del estudio consistió en los profesionales de enfermería que se desempeñan en servicios donde se brindan cuidados al paciente con cáncer, en los municipios de Medellín, Rionegro y Envigado. Para definir la muestra se realizó un muestreo por conveniencia. Inicialmente se hizo un sondeo de los profesionales de enfermería que trabajan en servicios donde se brinda cuidados al paciente con cáncer, esto se logró con la participación de la investigadora en las reuniones académicas que los profesionales realizan periódicamente; con esta información, se construyó una base de datos inicial con los nombres, apellidos, lugar de trabajo, correo electrónico y número de contacto de los posibles participantes. La investigadora utilizó la técnica de muestreo no probabilístico, bola de nieve, donde los participantes seleccionados reclutaron a nuevos participantes entre sus

conocidos (75). De este modo se constituyó un listado con 82 profesionales que conformaron la muestra.

6.3 Criterio para la selección de los participantes.

6.3.1 Criterios de inclusión.

Profesional de enfermería hombre o mujer, de cualquier edad, con experiencia mayor a un año cuidando pacientes con cáncer, con o sin formación de posgrado, en ejercicio activo y que acepten participar voluntariamente del estudio.

6.3.2 Criterios de exclusión.

No se incluyeron profesionales con titulación diferente a la de enfermería, con experiencia menor a un año, que estuviesen en etapa de retiro profesional, en proceso de inducción o de adaptación a la vida laboral o que no aceptaran participar voluntariamente en el estudio.

Es de aclarar que el no incluir profesionales en etapa de retiro profesional se debe a que algunas investigaciones realizadas al respecto dan como resultado que las personas en esta etapa tienen una resignificación sobre los roles que desempeñan (76) (77).

6.4 Descripción de las variables.

Para esta investigación se han definido dos grupos de variables, unas hacen referencia a la caracterización sociodemográficas de la población: edad, sexo, tiempo de experiencia, nivel de estudio, servicio donde han laborado. El otro grupo de variables se circunscriben alrededor de la definición de competencias planteada por Suárez (65), la integración de los conocimientos, habilidades y actitudes para poder interactuar en situaciones individuales y colectivas, para fortalecer y preservar el cuidado de la vida de las personas, la familia la comunidad y el entorno. Donde los conocimientos, habilidades y actitudes son componentes de las competencias; en el instrumento se desagregan para facilitar su comprensión.

Estas competencias se limitan a las que, según la literatura, desempeñan los profesionales de enfermería para el cuidado de los pacientes con cáncer, (73) (78) (18) (79) y se operacionalizan a través de un instrumento. El anexo 1 contiene la operacionalización de las variables.

6.4.1 Instrumento para la recolección de la información

Este trabajo se fundamenta en la necesidad de describir las competencias del profesional en enfermería; con el objeto de facilitar la recolección de los datos se construyó un cuestionario que permitiera alcanzar el objetivo. En este empeño se desarrolló un proceso por fases que incluyó la revisión de la literatura y análisis de la literatura, la determinación de unas categorías conceptuales, la construcción de un instrumento preliminar y la revisión por expertos en el área del cuidado del paciente con cáncer.

Cabe anotar que el interés principal del estudio se enfocó en la descripción de las competencias y no precisamente en la construcción y validación del instrumento; no obstante, se desarrolló el proceso metodológico de manera sistemática a fin de consolidar una herramienta pertinente que facilitara la indagación del fenómeno.

Inicialmente se realizó una búsqueda de la bibliografía en diferentes bases de datos en español, inglés y portugués, tales como Scielo, Pubmed, Medline, Science Direct, Ebsco, Google Académico y portales directos de revistas en línea indexadas; lo anterior utilizando los Descriptores de Ciencias de la Salud —DeCS—, a saber, *Competencia Clínica*, *Competencia Profesional*, *Enfermería Oncológica*, *Cuidados de Enfermería y Paciente con Cáncer*, y sus correspondientes en los Medical Subject Headings —MeSH—, los cuales son *Clinical Competence*, *Professional Competence*, *Oncology Nursing*, *Nursing Care* y *Cancer Patient*.

El periodo de búsqueda de los documentos se ubicó entre los años 2000 a 2017. En la revisión documental se incluyeron artículos de revista, tesis y libros disponibles en texto completo y acceso libre.

Las bases de datos que más resultados arrojaron fueron Pubmed, Medline y Ebsco; sólo se usaron los artículos en texto completo y de acceso libre, tanto estudios cualitativos como cuantitativos. Se descartaron aquellos con temas como competencias en cuidados paliativos o cuidados por patologías oncológicas específicas.

En razón de que se encontraron pocos artículos colombianos en las bases de datos consultadas, se revisaron las revistas electrónicas y físicas indexadas. En total se obtuvieron 20 artículos sobre el tema cuidado al paciente con cáncer, mas no de las competencias relacionadas a tal actividad, donde se resalta que el 80% de los escritos revisados fueron realizados por docentes universitarios y solo el 20 % por enfermeras especialistas en el área del cuidado del paciente con cáncer.

El análisis de la información se realizó mediante fichas bibliográficas analíticas que permitieron, posteriormente, agrupar los hallazgos en una matriz bibliográfica (Anexo No 2 y Anexo No 3). En esta etapa, el gestor bibliográfico Mendeley fue de gran utilidad para organizar sistemáticamente la información y los registros bibliográficos.

En la búsqueda de la información se encontraron algunos instrumentos diseñados por The Canadian Association of Nurses in Oncology y la Oncology Nursing Society, que podrían haber sido útiles para la recolección de la información. Ante este panorama, se elevó la solicitud de autorización ante dichas agremiaciones para utilizar los instrumentos, no obstante, la solicitud fue rechazada en virtud de que son utilizados por dichas agremiaciones en los procesos de evaluación y registro de las enfermeras en sus respectivos países.

Con base en los datos recopilados en la matriz bibliográfica, se elaboró una versión preliminar del cuestionario que contenía las competencias y actividades realizadas por profesionales de enfermería para el cuidado al paciente con cáncer, según lo reportado en la literatura (79) (73) (72). Esta versión consistía en una escala tipo Likert, formada por 78 ítems que podían ser calificados con puntuaciones de 1 a 5, de manera que el 1 representaba el nivel más bajo de puntuación y 5 el más alto.

Con el objetivo de determinar la estructura semántica, la pertinencia y relevancia de los constructos que conformaban el instrumento, la versión preliminar se envió a cinco profesionales de enfermería expertas en el cuidado de pacientes con cáncer; cuatro de los cuales eran especialista en oncología con una amplia experiencia en práctica e investigativa. La otra enfermera experta contaba con formación especializada en oncología, más una vasta experiencia y trayectoria en docencia universitaria e investigación. Además, el instrumento se remitió a un profesional en estadística familiarizado con la investigación en enfermería.

Luego de contactar telefónicamente a los expertos, se les envió una invitación por correo electrónico, en la que se les informaba el objetivo de la investigación y se dejaba en claro que su participación se limitaba únicamente a esta fase y que su contribución consistía en evaluar el contenido y la claridad de los reactivos del instrumento. Una vez recolectadas, las recomendaciones de los expertos se emplearon como criterios para la modificación, organización o eliminación de algunos ítems del cuestionario y se cambió la forma de puntuación del cuestionario.

La versión final del cuestionario quedó estructurada en una escala tipo Likert, organizada en dos partes y diseñada para ser auto-administrada. En la primera se indagaba por la información sociodemográfica de los participantes, mientras que en la segunda, parte conformada por 72 reactivos, se agruparon las variables que daban cuenta de las competencias profesionales.

Los reactivos del instrumento diseñado se enfocaron en describir las competencias de los profesionales para el cuidado de los pacientes con cáncer, a partir de los conocimientos, las actitudes y las habilidades requeridas para tal fin, fundamentados en los referentes conceptuales derivados de la adaptación hecha por la Canadian Association of Nurses in Oncology, proveniente de la teoría de Patricia Benner para los profesionales de enfermería responsables del cuidado de los pacientes.

Estos se agruparon en las siguientes variables: evaluación integral de la salud; realización de evaluaciones oportunas e integrales de la salud con los reactivos 1 al 6, 8, 9 y 13 al 16; relaciones de apoyo terapéutico con los reactivos 10 al 12 y 17 al 20; manejo de síntomas, tratamientos y efectos secundarios con los reactivos 21 al 32, 36, 37, 42, 43, 48, 49, 52, 53, 56 al 58, 60, 61, 65, 69 y 70. Otros reactivos daban cuenta de la descripción de las variables relacionadas con la educación que los profesionales de enfermería brindan a los pacientes y sus familias, entre ellos los reactivos 33, 38, 44, 50, 54 y 61 al 64. Así mismo, se analizó la variable de liderazgo profesional con los reactivos 34, 35, 39 al 41, 45 al 47, 51, 55, 59, 71 y 72.

Los participantes puntuaron la encuesta indicando la frecuencia con la que, en su opinión, realizaban las actividades o desarrollaban las competencias según los siguientes criterios: (1) Nunca, (2) Algunas veces, (3) Casi siempre, (4) Siempre y No aplica.

En el mes de julio del 2017 se realizó una actividad académica a la que asistieron 50 profesionales en enfermería. En dicha ocasión se presentó el proyecto de investigación y se motivó a los asistentes a participar en el estudio, a lo que se realizó la prueba piloto.

El cálculo de los participante para la prueba piloto se hizo sobre el 10 % del total de la muestra (N=82) que corresponde a 8,2 participantes. Por esta razón, en la prueba piloto participaron 9 profesionales. De este proceso, se pudo concluir que el tiempo promedio para la resolución de cuestionario era de 18 minutos, y no se presentaron dificultades en la comprensión de los ítems y en la respuesta del instrumento. Finalmente, una vez superada la prueba piloto se ajustó la versión final del instrumento y se afinó para la etapa de recolección de la información.

6.5 Recolección de los datos

Con la base de datos obtenida, se procedió a contactar telefónicamente a los participantes durante el mes de septiembre de 2017, a fin de solicitar su autorización para el envío del instrumento de manera virtual. Se contactó a 73 profesionales de enfermería de los cuales 61 diligenciaron el formulario virtualmente.

Se empleó la plataforma virtual de cuestionarios de Google para alojar el instrumento y enviarlo a cada uno de los participantes. (Se anexa el link para el acceso al cuestionario)

https://docs.google.com/forms/d/1D_zY0XWzAvAxQIFX_QBVCaqRCPFPY1LFWoi_pnwSx4Q/prefill.

Los datos derivados del diligenciamiento virtual del instrumento fueron almacenados directamente en la plataforma, a la que se le hizo seguimiento semanalmente con

el fin de verificar su adecuada cumplimentación y la generación de recordatorios a los participantes que no habían diligenciado el cuestionario.

6.6 Plan de análisis de la información

Luego de verificar el diligenciamiento de los cuestionarios, la información fue procesada inicialmente en hojas de datos de Microsoft Excel versión 2016, para luego ser migradas al paquete estadístico SPSS versión 24®, con el que se llevó a cabo el análisis descriptivo; las características sociodemográficas de la población se obtuvieron utilizando para las variables cualitativas de frecuencias y porcentaje, mientras se tenía en cuenta la media y desviación estándar para las variables cuantitativas.

7. Consideraciones éticas

El desarrollo de esta investigación se orientó bajo los lineamientos éticos consignados en la Resolución 8430 de 1993 (80). Con base en dicha normativa, esta investigación se calificó como una sin riesgo para los participantes. Así mismo, se salvaguardan los requisitos propuestos por Ezekiel Emanuel (81) para la conducción ética y responsable de la investigación: respeto, beneficencia y justicia. Por ello se les garantizó a las participantes total confidencialidad de su identidad, al igual que la información obtenida durante el transcurso de la investigación. La participación fue voluntaria y se dejó claro a los participantes que podían retirarse del estudio si lo deseaban, sin que ello represente algún comportamiento represivo o coercitivo por parte de la investigadora.

Los datos derivados de la investigación fueron almacenados en archivos digitales, bajo contraseña de seguridad, en el computador de la investigadora, al que no tiene acceso ninguna otra persona. Los archivos serán almacenados hasta 6 meses después de finalizada la investigación, hasta que sean publicados y posteriormente serán eliminados. Aunque por el tipo de estudio no se precisaba, por ser una investigación sin riesgo, se contó con el consentimiento informado de cada uno de los participantes que fue remitido como parte del cuestionario virtual que se envió a cada uno de ellos (Anexo No 4).

La investigación contó con el aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, consignado en el acta No CEI-FE 2017-26 (Anexo No 5).

8. Criterios de rigor

8.1 Validez interna

Para garantizar la validez del estudio, se establecieron los mecanismos y estrategias necesarios para mantener el rigor metodológico, buscando conservar la relación y coherencia entre el título, el planteamiento del problema, la formulación de los objetivos, el planteamiento metodológico, la recolección de los datos y el análisis de la información.

El control de los sesgos de selección de los participantes se hizo por medio de la participación de la investigadora a las reuniones académicas periódicas, en las que se obtuvo la base de datos de los participantes y que se fue aumentando mediante el contacto social y la estrategia de bola de nieve. La base de datos consolidada y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión fueron claves a fin de reclutar a los participantes que podían suministrar la mejor información sobre el fenómeno.

El control de sesgos por no respuesta se controló enviando el instrumento a grupos de 10 profesionales, cuyas respuestas se monitorearon de manera constante a la vez que se les motivó continuamente a la cumplimentación, mediante los recordatorios suministrados por la plataforma web.

Para el control de los sesgos de información, las respuestas del instrumento se elaboraron con la característica de requerir respuesta obligatoria, empleando cualquiera de los componentes para la puntuación de la escala o, incluso, con la opción de no aplica.

El control de sesgos del instrumento se llevó a cabo mediante la participación y opiniones de un grupo de profesionales expertos, quienes evaluaron la pertinencia, contenidos y la claridad de los ítems del instrumento.

8.2 Validez externa

Se busca que al describir las competencias de los profesionales de enfermería que se desempeñan en el cuidado al paciente con cáncer en los municipios de Medellín, Rionegro, y Envigado, se logre una mejoría en el cuidado a quienes tienen el padecimiento y se contribuya al desarrollo profesional y disciplinar. Si bien los hallazgos surgen en el contexto de instituciones de salud ubicadas en las ciudades mencionadas, dichos hallazgos pueden servir como referencia para otros estudios que se desarrollen en otras ciudades e instituciones que tengan características similares a las de los contextos analizados.

8.3 Confiabilidad

Para garantizar la confiabilidad, se han desarrollado estrategias para controlar los sesgos (información y selección de participantes) y la determinación del coeficiente alfa de Cronbach, cuya puntuación da cuenta de la consistencia del instrumento.

8.4 Objetividad

El criterio de objetividad aplicado a este estudio ha sido determinado por el enfoque utilizado para describir numéricamente las competencias de los profesionales en el cuidado al paciente con cáncer y el nivel en el que se ubican, con base en unas categorías teóricas predeterminadas. Para este propósito, se ha elaborado y desarrollado un instrumento que sirve como referencia al desarrollo de estudios posteriores en el área del cuidado del paciente con cáncer. Al criterio de objetividad se le adiciona la relevancia del estudio al analizar un fenómeno del cuidado en el contexto clínico, para lo cual se ha hecho una revisión de manera sistemática de documentos que versan sobre el tema.

8.5 Difusión

Se han fijado diversas estrategias para la difusión de los hallazgos, a fin de promover el retorno social de la investigación, mejorar la práctica del cuidado a los pacientes con cáncer y fortalecer el desarrollo profesional y disciplinar de la enfermería colombiana en el contexto clínico.

Se proyecta la difusión de los hallazgos en eventos académicos y científicos de orden local y nacional, y ante las comunidades profesionales interesadas en el cuidado del paciente con cáncer. Adicionalmente, se propone la elaboración y publicación de un artículo en una revista de enfermería nacional, con el fin de acercar la evidencia a los profesionales que se desempeñan en el ámbito clínico y académico.

9. Resultados

En el siguiente apartado se muestran los hallazgos derivados de la investigación. La presentación de los resultados se ha hecho bajo la orientación de los objetivos propuestos. A fin de facilitar la comprensión de los mismos, se han utilizado tablas y gráficos elaborados con los datos obtenidos, a partir de los cuales se hace una descripción inicial y posteriormente la vinculación teórica y la discusión, con el propósito de ampliar el análisis del fenómeno bajo indagación.

Para iniciar, es importante resaltar la fiabilidad del instrumento empleado para la recolección de la información, que se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, el cual se estimó en 0.95, reflejando una excelente correlación entre los ítems y la consistencia interna del instrumento empleado para analizar las competencias de los profesionales.

Tabla 1. Análisis de fiabilidad del instrumento competencias del profesional de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,950	72

9.1 Características sociodemográficas, laborales y el nivel de formación de los profesionales de enfermería.

En el presente estudio, la muestra estuvo conformada por 61 profesionales de enfermería de los cuales el 93.4 % eran mujeres y 6.6 % eran hombres. El promedio de edad se ubicó en 32 años (D.E 6.2), con un valor mínimo de 24 y máximo de 50 años. Entre los participantes, la mayor proporción se concentró en las edades ubicadas entre los 28 y 32 años (13.1 %) y la menor proporción entre los participantes que tenían 24 años (1.6%). (Gráfico 1).

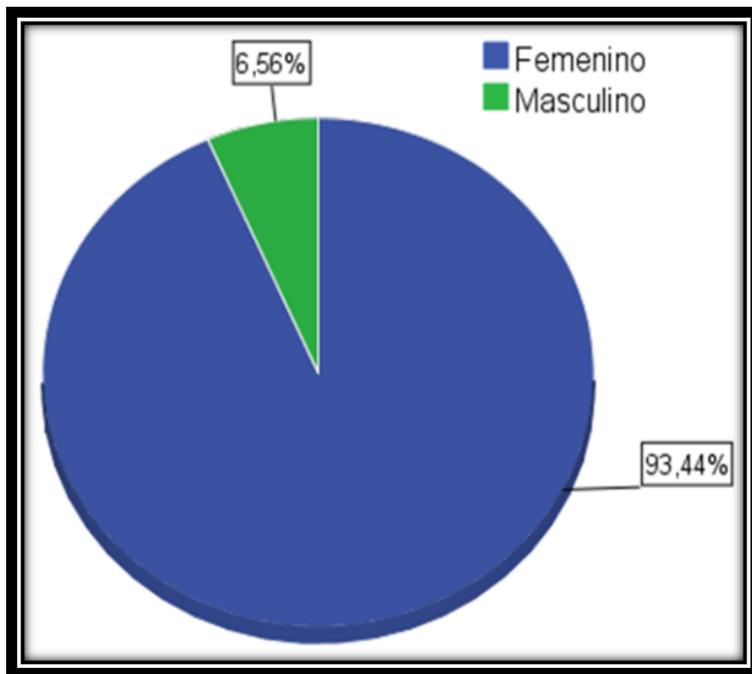


Figura 1. Distribución por sexo de los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer. Medellín, Rionegro, Envigado. 2016 – 2017.

La mayoría de los participantes manifestaron desempeñarse en instituciones de naturaleza privada, en contraste con una minoría que señaló estar ubicada en el sector público. Al analizar el nivel de estudios, se encontró de manera significativa que cerca de la mitad de los participantes no tenían estudios de posgrados, dejando a poco menos de la mitad con ese nivel de estudio. Dentro de este grupo de profesionales con formación de posgrado, casi la mitad contaba con especialización (Gráfico 2).

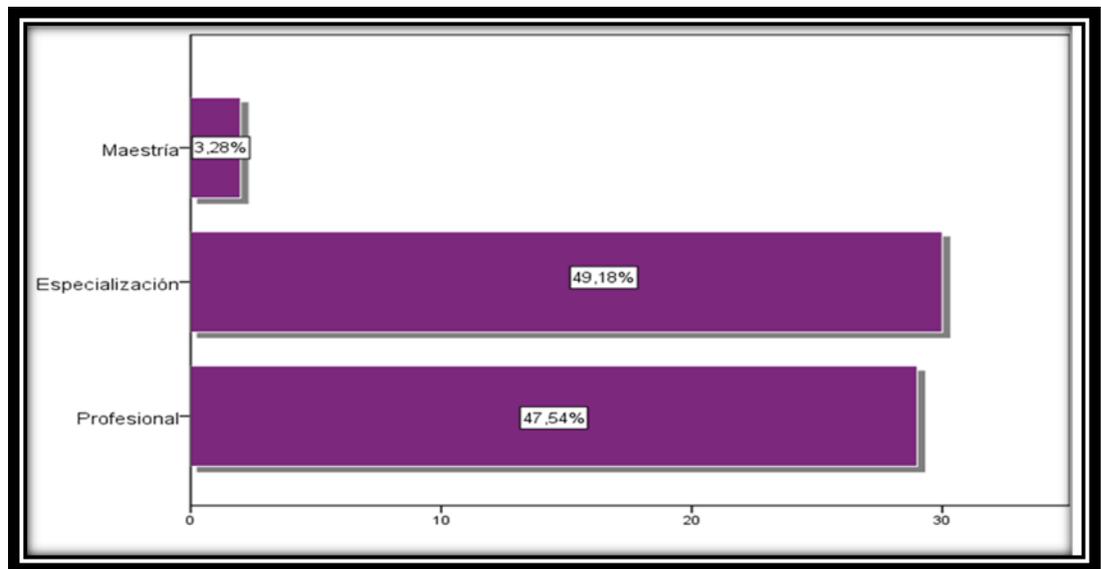


Figura 2. Nivel de estudios de los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer Medellín, Rionegro, Envigado. 2016-2017.

El promedio de años de experiencia de los profesionales de enfermería fue de 6.34 (D.E 4.7), con un valor mínimo de 1 año y máximo de 20, y una moda de 3 años con un 18%. Es importante destacar que el 57.4% de los profesionales reportaron contar con más de cinco años de experiencia laboral; las proporciones se distribuyeron así: un 11.7% reportó tener cinco años, 9.8% reportaron tener seis años, 9.8% con diez años con y un 8.6 % con ocho años.

En relación con los servicios a los cuales se han desempeñado en el cuidado al paciente con cáncer a lo largo de su experiencia profesional, los participantes tuvieron la posibilidad de señalar varias opciones de respuesta. De este modo, fue el servicio de quimioterapia en el que se ubicó la mayor proporción de profesionales (80.2%), en contraste con el servicio de radioterapia que fue menos señalado por ellos (14.2%). Es importante destacar que en los servicios de hospitalización de hemato oncología de adultos y de oncopediatria se concentró una proporción casi similar de profesionales, con el 68,8% y el 67,2%, respectivamente (Gráfico 3).

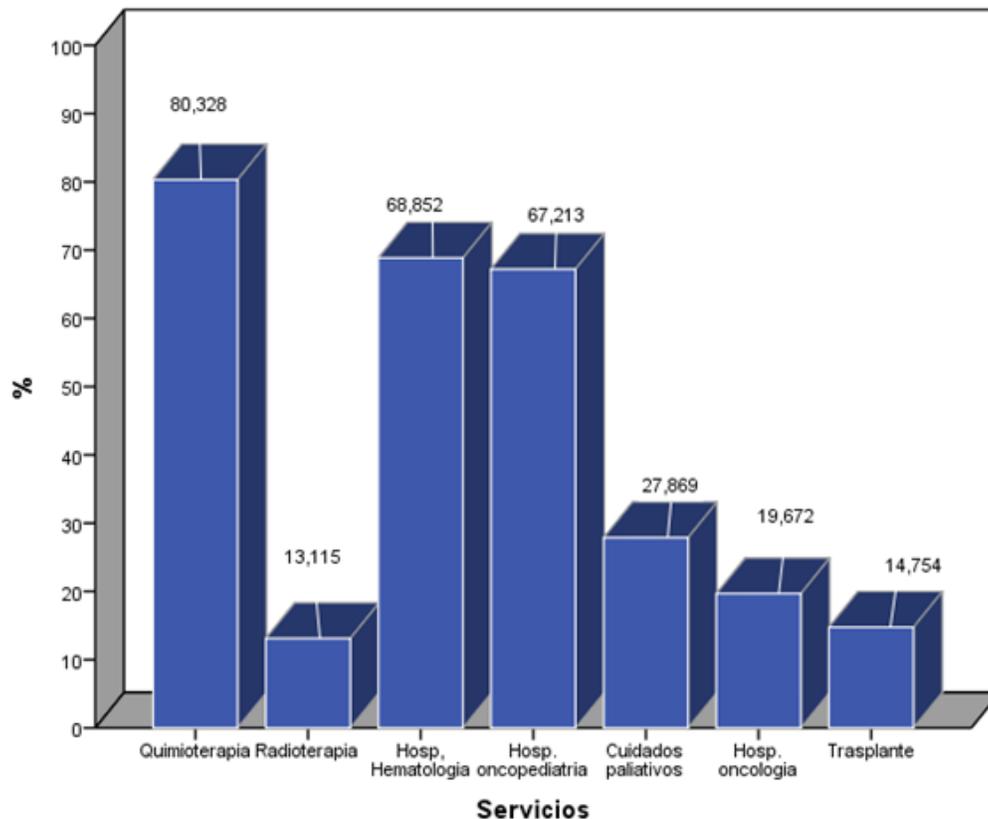


Figura 3. Distribución de los profesionales de enfermería por servicios.

Según lo analizado hasta el momento, y en respuesta al objetivo específico orientado a la descripción de las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería encuestados, puede deducirse que el grupo de profesionales se caracteriza por profesionales jóvenes, principalmente mujeres, que cuentan en una medida significativa con formación de posgrado, con una experiencia importante en los servicios de cuidado al paciente con cáncer. Una vez revisados estos asuntos sociodemográficos de los participantes, se presenta la descripción y análisis de las competencias.

9.2 Análisis de las competencias en el cuidado del paciente con cáncer

En respuesta al objetivo de Identificar los conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería que cuidan a los pacientes con cáncer, se presentan a continuación los hallazgos que dan cuenta de los conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería como componentes de la competencia en el cuidado al paciente con cáncer. En el presente estudio, los conocimientos y

habilidades fueron explorados mediante las variables de valoración integral de la salud, manejo de síntomas, tratamientos y efectos secundarios.

9.2.1 Conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería que cuidan a los pacientes con cáncer.

En la variable de evaluación integral de la salud se analizaron las siguientes dimensiones: valoración física; valoración psicosocial y espiritual; valoración de la vida sexual; valoración de los cambios en la imagen corporal. Con respecto a la variable de la valoración física, la mayoría de los participantes manifiesta que siempre realiza las actividades allí evaluadas como identificación de condiciones de comorbilidad, valoración de datos clínicos relevantes como signos vitales, resultados de laboratorio, perfil farmacológico, seguimiento para detectar tempranamente la presencia de síntomas y efectos de los tratamientos.

Al contrario, en la variable de valoración psicosocial y espiritual, menos de la mitad de los participantes señalaron que siempre realizaban esta tipo de valoración que incluía las respuestas individuales y familiares al cáncer, sus principales preocupaciones, sentimientos, temores, metas y comprensión del pronóstico. Así mismo, cerca de la mitad de profesionales (52.5%) indicaron valorar estos aspectos casi siempre o algunas veces.

En la variable de la valoración de la vida sexual se analizaron tres aspectos. El primero de ellos se refería a los cambios en la salud sexual a causa de los síntomas, la enfermedad, el tratamiento y el impacto de dichos cambios en el paciente y su pareja. Los datos arrojados por los encuestados mostraron que una proporción baja de profesionales siempre valoraba este aspecto (13.1%); a su vez cerca de la mitad de los participantes lo hacía casi siempre (49.2%). Llama la atención que, aunque en una proporción baja, 9.8% de la población manifestó que nunca valoraba esta dimensión de los pacientes con cáncer.

En cuanto a la sexualidad, el segundo aspecto estaba relacionado con la valoración de la comodidad y voluntad del paciente y su pareja para discutir el impacto de los cambios en la salud sexual, donde se encontró que menos de la mitad de los profesionales refirieron que casi siempre lo hacían. El tercer aspecto descrito en la valoración de la sexualidad, estaba relacionado con la comprensión de los posibles cambios en la fertilidad y la necesidad de la planificación familiar durante el tratamiento, donde casi dos terceras partes de los participante casi siempre valoraron este aspecto en contraste con el 4.9% de quienes no lo hacían.

En cuanto a la valoración de los cambios en la imagen corporal, las relaciones personales, la intimidad, autoestima y su impacto en el paciente y su pareja, cerca de la mitad de los participantes manifestó que siempre lo hacían (Tabla 2).

Tabla 2. Realización de actividades de valoración a los pacientes con cáncer por profesionales de enfermería Medellín, Rionegro, Envigado. 2016 – 2017.

Frecuencia	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		No aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Actividades de valoración										
Valoración física	0	0,0	3	4,9	17	27,9	40	65,6	1	1,6
Identifica las condiciones de morbilidad.	0	0,0	2	3,3	21	34,4	36	59,0	2	3,3
Identifica el proceso de la enfermedad.	0	0,0	0	0,0	16	26,2	44	72,1	1	1,6
Identifica datos clínicos relevantes.	0	0,0	0	0,0	1	1,6	56	91,8	4	6,6
Valora cambios físicos agudos y crónicos.	0	0,0	0	0,0	11	18	46	75,4	4	6,6
Realiza seguimiento a los efectos secundarios de los tratamientos.	0	0,0	2	3,3	15	24,6	42	68,9	2	3,3
Realiza una valoración psicosocial, espiritual y cultural.	0	0,0	9	14,8	23	37,7	27	44,3	2	3,3
Evalúa los cambios en la salud sexual.	6	9,8	16	26,2	30	49,2	8	13,1	1	1,6
Evalúa los cambios en la imagen corporal, las relaciones personales, la intimidad y la autoestima.	2	3,3	9	14,8	23	37,7	26	42,6	1	1,6
Evalúa la comodidad y la voluntad del paciente y su pareja para discutir el impacto de los cambios en la salud sexual.	9	14,8	17	27,9	21	34,4	13	21,3	1	1,6
Evalúa la comprensión de los posibles o probables cambios en la fertilidad.	3	4,9	14	23,0	23	37,7	19	31,1	2	3,3

Para analizar las competencias de los profesionales, el instrumento incluyó una variable sobre el manejo de síntomas y efectos secundarios, a partir de los conocimientos sobre las enfermedades prevalentes, los tratamientos y efectos secundarios, tanto en adultos como en niños. El análisis descriptivo de esta dimensión se presenta fraccionado, a fin de facilitar la interpretación de los datos.

Casi la totalidad de los participantes refirieron que siempre o casi siempre conocían del proceso de la enfermedad en adultos con enfermedades prevalentes, principalmente sobre el cáncer de mama y cáncer colo-rectal (Tabla 3).

Tabla 3. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el proceso de la enfermedad en adultos. Medellín, Rionegro, Envigado. 2016 – 2017.

Frecuencia	Algunas veces		Casi siempre		Siempre		No aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Conocimiento sobre el proceso de la enfermedad en adultos								
Entiende el proceso de la enfermedad, en adultos con cáncer de cérvix.	3	4,9	12	19,7	44	72,1	2	3,3
Entiende el proceso de la enfermedad, en adultos Cáncer colorectal.	1	1,6	13	21,3	45	73,8	2	3,3
Entiendo el proceso de la enfermedad, en adultos Cáncer gástrico.	2	3,3	12	19,7	45	73,8	2	3,3
Entiende el proceso de la enfermedad, en adultos Cáncer de mama.	1	1,6	9	14,8	49	80,3	2	3,3
Entiende el proceso de la enfermedad, en adultos Cáncer de pulmón.	2	3,3	17	27,9	40	65,6	2	3,3
Entiende el proceso de la enfermedad, en adultos Cáncer de próstata.	2	3,3	17	27,9	40	65,6	2	3,3

Respecto al conocimiento sobre el proceso de la enfermedad oncológica en niños, la mayor proporción de profesionales indicaron entender casi siempre y siempre sobre el proceso de la enfermedad en niños con tumores cerebrales y linfomas (cerca del 45%). La mayor proporción (49.2%) indicó conocer y entender sobre el proceso de las leucemias en este grupo de pacientes. En contraste, hay una proporción significativa de encuestados que indicaron no conocer o entender

algunas veces sobre los procesos de enfermedad cancerígena en los niños (Tabla 4).

Tabla 4. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el proceso de la enfermedad en niños. Medellín, Rionegro, Envigado. 2016- 2017.

Frecuencia	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		No aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conocimientos sobre el proceso de la enfermedad en niños										
Entiende el proceso de la enfermedad, en niños con tumores cerebrales.	6	9,8	17	27,9	13	21,3	15	24,6	10	16,4
Entiende el proceso de la enfermedad, en niños con linfomas.	5	8,2	17	27,9	7	11,5	21	34,4	11	18,0
Entiende el proceso de la enfermedad, en niños con leucemias.	4	6,6	16	26,2	7	11,5	23	37,7	11	18,0
Entiende el proceso de la enfermedad, en niños con tumores de tejidos blandos.	5	8,2	19	31,1	10	16,4	17	27,9	10	16,4
Entiende el proceso de la enfermedad, en niños con tumor de Will.	7	11,5	17	27,9	10	16,4	17	27,9	10	16,4

A continuación, se describen los conocimientos de los profesionales de enfermería en cuanto a los diferentes tipos de tratamiento relacionados con el cuidado del paciente con cáncer, como lo son: la quimioterapia, radioterapia, el trasplante de células hematopoyéticas, la cirugía, el manejo de los efectos secundarios y posibles complicaciones. En esta dimensión se destaca que casi la totalidad de los encuestados reconoció el papel de la cirugía en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, conocen las normas y pautas relacionadas con los principios de manejo seguro y administración de la quimioterapia.

En contraste, cerca de la mitad de los profesionales de enfermería indicaron conocer las normas relacionadas con los principios de colección, manipulación segura, crio preservación, infusión y eliminación de células hematopoyética en procedimientos como la bioterapia, el trasplante de células hematopoyéticas y la radioterapia. El 65.6 % de los participantes señalaron que conocían los principios, indicaciones, clasificación y mecanismo de acción de la bioterapia/hormonoterapia. Adicionalmente, el 75.4 % de los profesionales señalaron que conocían el mecanismo de acción, los principios y el propósito de los diversos tipos de radioterapia (Tabla 5).

Tabla 5. Conocimientos de los profesionales de enfermería de los diferentes tratamientos. Medellín, Rionegro, Envigado. 2016 – 2017.

Frecuencia	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		No aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conocimientos de los diferentes tratamientos										
Conocimientos de las prácticas de cuidado de salud complementarias y alternativas en el manejo del cáncer.	1	1,6	6	9,8	22	36,1	32	52,5	0	0,0
Conocimientos sobre bioterapia/hormonoterapia.	4	6,6	7	11,5	10	16,4	30	49,2	10	16,4
Reconoce el papel desempeñado por la cirugía en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.	0	0,0	0	0,0	8	13,1	52	85,2	1	1,6
Conocimiento uso de todas las modalidades de tratamiento en la paliación de pacientes con enfermedad avanzada.	0	0,0	3	4,9	15	24,6	43	70,5	0	0,0
Conoce las clasificaciones, mecanismos de acción, indicaciones y los efectos secundarios de los agentes quimioterapéuticos.	0	0,0	4	6,6	16	26,2	39	63,9	2	3,3
Conocimientos del mecanismo de acción, los principios y el propósito de los diversos tipos de radioterapia.	1	1,6	9	14,8	17	27,9	29	47,5	5	8,2
Conocimientos sobre los principios de manejo seguro y administración de la bioterapias/hormonoterapia.	4	6,6	5	8,2	12	19,7	31	50,8	9	14,8
Manejo seguro y administración de la quimioterapia.	0	0,0	1	1,6	7	11,5	51	83,6	2	3,3
Conocimiento de las normas relativas a las medidas de protección contra las radiaciones.	3	4,9	6	9,8	14	23,0	24	39,3	14	23,
Conocimientos sobre las normas relacionadas con los principios de trasplante de células hematopoyética.	2	3,3	5	8,2	7	11,5	28	45,9	19	31,1
Conocimientos sobre trasplantes de células hematopoyéticas.	1	1,6	4	6,6	10	16,4	36	59,0	10	16,4

En relación a los conocimientos como indicadores de competencia que tenían los profesionales de enfermería en relación a las emergencias oncológicas, progresión de la enfermedad, pronóstico, presentación clínica de diferentes patologías que podrían poner en peligro la vida de los pacientes, casi la totalidad de los participantes (98.4%) manifestó conocer sobre la neutropenia febril, en contraste con el 16.4% de participantes que señalaron no tener conocimientos al respecto (Tabla No 6).

Tabla 6. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre las emergencias oncológicas. Medellín, Rionegro, Envigado 2016 – 2017.

Frecuencia	Algunas veces		Casi siempre		Siempre		No aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Conocimiento sobre las emergencias oncológicas								
Conocimientos sobre el proceso de la enfermedad en el Cuidado Paciente con Compresión de médula espinal.	4	6,6	15	24,6	40	65,6	2	3,3
Conocimientos sobre el proceso de la enfermedad en el Cuidado Paciente con síndrome de vena cava superior.	2	3,3	21	34,4	36	59,0	2	3,3
Conocimientos sobre el proceso de la enfermedad en el Cuidado Paciente con taponamiento cardiaco neoplásico.	10	16,4	22	36,1	26	42,6	3	4,9
Conocimientos sobre el proceso de la enfermedad en el Cuidado Paciente con síndrome de lisis tumoral	4	6,6	12	19,7	44	72,1	1	1,6
Conocimientos sobre el proceso de la enfermedad en relación en el Cuidado Paciente con neutropenia febril/sepsis	0	0,0	4	6,6	56	91,8	1	1,6
Conocimientos de seguridad asociados con los dispositivos técnicos utilizados en el tratamiento del cáncer.	0	0,0	2	3,3	58	95,1	1	1,6

9.2.2 Actitudes y valores de los profesionales de enfermería para el cuidado de los pacientes con cáncer.

En cuanto a las actitudes y valores de los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer, se ha explorado la variable denominada relaciones de apoyo y terapéutica. Casi la totalidad de los encuestados refirió que siempre o casi siempre desarrollaban esta competencia en su práctica cotidiana. En este sentido, los profesionales destacaron el interés por resolver los temores y preocupaciones de los pacientes (95.1%), el respeto de las influencias culturales (96.8%), el respeto de las prácticas religiosas (95.1%) y la identificación de las necesidades de apoyo psicosocial y espiritual (93.4%).

En contraste, proporciones similares, un poco menores de profesionales, indicaron que siempre o casi siempre conocían las respuestas individuales y familiares ante los cambios físicos generados por el cáncer (88.5%) y exploraban el significado de la enfermedad en el individuo y su familia (86.8%), siendo estos elementos constitutivos de la variable de apoyo y terapéutica (Tabla 7).

Tabla 7. Realización de actividades por profesionales de enfermería de apoyo y terapéutica. Medellín, Rionegro, Envigado 2016 -2017.

Frecuencia	Algunas veces		Casi siempre		Siempre		No aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Actividades de apoyo y terapéutica								
Resuelve temores, preocupaciones.	1	1,6	9	14,8	49	80,3	2	3,3
Utiliza habilidades de comunicación.	2	3,3	17	27,9	40	65,6	2	3,3
Conoce las respuesta individual y familiares a los cambios generados por el cáncer e intervengo apropiadamente	5	8,2	25	41,0	29	47,5	2	3,3
Identifica a los individuos y familias que requieren atención de apoyo psicosocial y espiritual y se remiten de manera oportuna	5	8,2	15	24,6	39	63,9	2	3,3
Valora las necesidades de apoyo e información de la persona y familia.	3	4,9	16	26,2	41	67,2	1	1,6
Explora el impacto y el significado de la enfermedad en el individuo y familia.	7	11,5	24	39,3	29	47,5	1	1,6
Respeto por las prácticas religiosas y espirituales de la persona.	1	1,6	10	16,4	48	78,7	2	3,3
Respeto por influencias culturales que se relacionan con la experiencia de la enfermedad.	0	0,0	14	23,0	45	73,8	2	3,3

Como se indicó anteriormente, algunos de los reactivos del instrumento permiten indagar otras variables realizadas por los profesionales de enfermería, como son educación, entrenamiento y liderazgo profesional. A continuación, se describen estos resultados.

En el cuidado al paciente con cáncer el profesional de enfermería debe preparar a las personas y sus familias en los diferentes aspectos sobre el padecimiento, proporcionando educación, entrenamiento y asesoramiento continuo durante el proceso de la enfermedad. En este sentido, al indagar sobre las competencias asociadas a la educación y el entrenamiento, la mayoría de los participantes manifestaron que educaban a los pacientes y sus familias sobre el manejo de síntomas y los efectos secundarios de los tratamientos (93.5%); en proporciones similares, los profesionales indicaron que brindaban educación sobre los cambios en la imagen corporal y autoestima (90.2%).

En cuanto a la educación sobre los efectos secundarios derivados de la radioterapia, el 72.1% de los profesionales señalaron ofrecer educación a los pacientes entre siempre y casi siempre. Es importante destacar que cerca del 67% de los profesionales educaban a los pacientes y sus parejas sobre los cambios en el funcionamiento o desempeño sexual. Sólo la mitad de los participantes educa sobre los efectos secundarios del trasplante de células hematopoyéticas (Tabla 8).

Tabla 8. Educación y entrenamiento de los profesionales de enfermería a los pacientes con cáncer. Medellín, Rionegro, Envigado. 2016 -2017.

Educación y entrenamiento	Frecuencia		Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		No aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Educa al paciente y su familia acerca de los efectos secundarios inmediatos, tempranos y tardíos de la radioterapia.	3	4,9	6	9,8	13	21,3	31	50,8	8	13,1		
Brindo educación al paciente y su familia acerca bioterapias/hormonoterapia.	5	8,2	6	9,8	9	14,8	32	52,5	9	14,8		
Educa al paciente y su familia acerca de los efectos secundarios del trasplante de células hematopoyéticas.	3	4,9	5	8,2	5	8,2	30	49,2	18	29,5		
Educación al paciente y sus familias sobre los efectos secundarios y el manejo de los síntomas del tratamiento.	0	0,0	3	4,9	17	27,9	40	65,6	1	1,6		
Educación al paciente y su pareja para los posibles cambios en el funcionamiento o desempeño sexual.	7	11,5	12	19,7	19	31,1	22	36,1	1	1,6		
Educación al paciente y su pareja sobre posibles cambio en la imagen corporal y en la autoestima.	2	3,3	4	6,6	17	27,9	38	62,3	0	0,0		
Brindo asesoría para abordar los cambios en la salud sexual que el paciente y su familia han identificado como preocupación	6	9,8	11	18,0	21	34,4	22	36,1	1	1,6		
Educa al paciente y familiares sobre los resultados de los efectos secundarios de la cirugía	0	0,0	5	8,2	20	32,8	33	54,1	3	4,9		
Educo al paciente y su familia sobre los efectos secundarios inmediatos y tardíos de la quimioterapia.	0	0,0	2	3,3	3	4,9	54	88,5	2	3,3		

Es en esta dimensión que se describen las competencias en las que el profesional de enfermería integra el pensamiento crítico con la práctica clínica, fundamentada en el conocimiento y en su juicio ético sobre diversos aspectos en el proceso de la enfermedad.

En este orden de ideas, se destacan las opiniones de los profesionales en relación con su competencia en la atención de los pacientes que reciben quimioterapia. Lo

anterior se fundamenta en que la mayoría de los participantes indicaron que integraban los conocimientos teóricos en su práctica. Así mismo, señalaron que se anticipaban a los cambios en la situación de los pacientes en el servicio de quimioterapia para prevenir complicaciones derivadas del tratamiento a corto y largo plazo.

Al menos la mitad de los profesionales indicó haber realizado una integración teórico práctica en su desempeño en los servicios de radioterapia, cirugía y trasplante de células hematopoyéticas. En esta misma línea, apuntaron que planificaban, implementaban acciones y evaluaban las intervenciones de enfermería para disminuir la severidad de los efectos secundarios y las complicaciones durante los tratamientos. Sin embargo, es relevante que una tercera parte de los participantes manifestaron nunca haber realizado dichas actividades en el cuidado de los pacientes con cáncer (Tabla No. 9).

Tabla 9. Liderazgo de los profesionales de enfermería para el cuidado de los pacientes con cáncer. Medellín, Rionegro, Envigado. 2016 – 2017.

Frecuencia	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		No aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Liderazgo profesional										
Aplica los conocimientos teóricos a la práctica clínica en el servicio de quimioterapia.	0	0,0	0	0,0	6	9,8	52	85,2	3	4,9
Anticipa de forma rápida los cambios en la situación de salud del paciente en el servicio de quimioterapia.	0	0,0	1	1,6	10	16,4	48	78,7	2	3,3
Planifica, implementa y evalúa intervenciones de enfermería para disminuir la severidad de los efectos secundarios y las complicaciones radioterapia.	5	8,2	3	4,9	13	21,3	28	45,9	12	19,7
Aplica los conocimientos teóricos a la práctica clínica en el servicio de radioterapia.	3	4,9	5	8,2	6	9,8	23	37,7	24	39,3
Planifica, implementa y evalúa intervenciones de enfermería para disminuir la gravedad de los efectos secundarios de la bioterapias/hormonoterapia.	5	8,2	11	18,0	11	18,0	24	39,3	10	16,4
Planifica, implementa y evalúa intervenciones de enfermería para disminuir la severidad de los efectos secundarios y las complicaciones de trasplantes de células hematopoyéticas.	3	4,9	3	4,9	3	4,9	29	47,5	23	37,7

Conocimiento sobre el tipo del cáncer, etiología de los síntomas, complicaciones del tratamiento.	0	0,0	0	0,0	17	27,9	44	72,1	0	0,0
Planificar, implementar y evaluar intervenciones de enfermería.	0	0,0	2	3,3	23	37,7	36	59,0	0	0,0
Anticipa de forma rápida los cambios en la situación de salud del paciente en el servicio de radioterapia.	3	4,9	5	8,2	12	19,7	20	32,8	21	34,4
Planifica, implemento y realiza seguimiento a las intervenciones para minimizar complicaciones pos quirúrgicas.	0	0,0	8	13,1	21	34,4	19	31,1	13	21,3
Planifica, implementa y realiza seguimiento a las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia.	0	0,0	4	6,6	18	29,5	37	60,7	2	3,3
Anticipa de forma rápida los cambios en la situación de salud del paciente en el servicio de cirugía.	2	3,3	3	4,9	18	29,5	19	31,1	19	31,1
Anticipa, planifico, implemento acciones para intervenir eficazmente en el tratamiento de efectos secundarios y manejo de síntomas.	0	0,0	1	1,6	15	24,6	44	72,1	1	1,6
Utilizo enfoques no farmacológicos basados en la evidencia en el tratamiento de los efectos secundarios del tratamiento y síntomas del cáncer.	2	3,3	10	16,4	17	27,9	30	49,2	2	3,3
Conocimientos sobre las normas, leyes y decretos vigentes para el adecuado manejo y desempeño de una unidad oncológica.	2	3,3	8	13,1	19	31,1	30	49,2	2	3,3
Evalúo y anticipo los problemas asociados con los dispositivos y educo al paciente y su familia sobre el auto cuidado relacionado con estos dispositivos.	0	0,0	0	0,0	5	8,2	55	90,2	1	1,6

El análisis de los datos muestra un grupo de profesionales heterogéneo, que se caracteriza por un amplio conocimiento de la fisiopatología del cáncer (principalmente en adultos), manejo de la quimioterapia, administración de medicamentos y efectos secundarios. Por su parte, refieren pocos conocimientos en trasplante de células hematológicas, radioterapia, proceso de enfermedad en niños y emergencias oncológicas.

Con respecto a las habilidades y valores, utilizan la comunicación como medio para acercarse a los pacientes y sus familias durante el proceso de su enfermedad, indican que guardan respeto por las creencias y costumbres de los pacientes,

aunque les falta indagar más sobre el manejo de la sexualidad y la forma en cómo se afecta su vida.

10. Discusión

En el presente apartado se realiza la discusión del estudio, que tiene por objetivo describir las competencias del profesional de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer en los municipios de Medellín, Rionegro y Envigado, con foco en el primero de estos.

Para comenzar, es importante aclarar que este estudio abarca sólo a un grupo de profesionales de enfermería, aunque se intentó establecer contacto con la totalidad de profesionales dedicados al cuidado de los pacientes con cáncer, no fue posible contar con la participación del 100% de estos; lo anterior debido a que en algunos casos no cumplían con los criterios de inclusión o decidieron no participar voluntariamente. De este modo, los datos aquí consignados reflejan la realidad de un grupo de profesionales y no necesariamente pueden ser extrapolados a la totalidad de la población.

Adicionalmente, es importante precisar que se incluyeron a los profesionales de enfermería de unidades ubicadas en los municipios de Medellín, Rionegro y Envigado, porque es en estas poblaciones en las que se concentran las instituciones en las que se provee la atención a los pacientes con cáncer.

El análisis de los resultados del estudio, muestra una población de profesionales jóvenes, con edad promedio de 32 años, con predominio del sexo femenino, datos que ratifican la naturaleza femenina de la profesión y que se ratifica con otros estudios reportados en la literatura (17) (82) (73) (83) (84).

Este hallazgo muestra cómo la enfermería moderna, desde su origen con Florence Nightingale a la cabeza, ha estado influenciada por condiciones de género, siendo una profesión predominantemente femenina, y, aunque ha evolucionado, sigue siendo un espejo sobre el cual se refleja la situación de la mujer en la sociedad a través de los tiempos. Tal como lo plantea Robinson, citado por Arroyo (85), según el cual, persiste la marca de la desigualdad, la sumisión, el maltrato y la subordinación. Bajo esta óptica, la influencia del género ha marcado la falta de reconocimiento social de la enfermería y le ha impregnado a la labor de cuidado matices de inferioridad, sumisión y dependencia.

Además de la naturaleza femenina, otras situaciones diversas y complejas han condicionado la falta de autonomía y reconocimiento de la labor profesional de enfermería. Un ejemplo de ello se encuentra a lo largo del desarrollo histórico de la profesión, que ha estado marcado por asuntos políticos, sociales, económicos e ideológicos (86), como la relación con la medicina en la que las mujeres fueron cediendo sus conocimientos y experticia como "sanadoras" y "parteras", para paulatinamente ir abandonando la labor de "cuidadoras" hasta convertirse en

“auxiliares de los médicos” (85). De este modo, la labor de cuidado se ha ido diluyendo hasta el punto de asumir labores diferentes a las de la atención directa, por lo tanto las competencias para el cuidado se han ido diversificando e incluso se han trasladado a otros integrantes del equipo de salud.

La doctrina religiosa también fue un condicionante importante a lo largo del desarrollo y evolución de la enfermería como profesión, y posteriormente como disciplina. Esta situación generó que quienes se dedicaban al ejercicio de la enfermería, lo asumieran como un estilo de vida enmarcado en la docilidad, pasividad, humildad y obediencia a sacerdotes y médicos; de esta manera, el criterio y la responsabilidad de las enfermeras fueron olvidados, puesto que eran los médicos los que tenían el conocimiento (87), reafirmando el planteamiento anterior en relación a la postura marginal de las enfermeras respecto al desarrollo del conocimiento teórico y práctico para el cuidado.

Fueron las corrientes feministas las que ejercieron un papel emancipador sobre la enfermería moderna y trazaron la ruta para que las enfermeras desarrollaran su propio conocimiento y cimentaran las bases de la disciplina profesional, tal como es reconocida hoy en día. En esta línea, el feminismo se ha entendido como una corriente ideológica que se apoya en la creencia de la igualdad social, política y económica de las mujeres y los hombres (87).

El florecimiento de la enfermería anglosajona, que es la que más ha influenciado el desarrollo histórico y profesional de la enfermería en América Latina, ocurrió en plena campaña de liberación de la mujer y estuvo ligada al movimiento feminista. Hechos como la incursión de la mujer en el sufragio y el ingreso a la formación universitaria permitieron el reconocimiento y reivindicación de las mujeres en la sociedad, de manera que supuso un avance para la profesión de la enfermería. En este mismo camino, pioneras de la enfermería como Hildegard Peplau y Virginia Henderson, cimentaron las bases de la enfermería como disciplina y profesión mediante sus aportes teóricos, con un cuerpo de conocimientos propios y una misión social (74).

A los aportes teóricos mencionados se han ido sumando otros componentes que han configurado la estructura disciplinar de enfermería, entre los que la filosofía y diversos aportes de otras ciencias, han sido de gran utilidad para establecer las visiones, perspectivas, dominios y valores que orientan la práctica profesional y que además permiten, mediante la investigación y el desarrollo teórico, hacer descripciones, explicaciones y predicciones sobre los fenómenos del cuidado humano (74). En este escenario de desarrollo disciplinar, las competencias representan los medios para acercarse a la realidad humana, brindar cuidados y acompañar a los seres humanos a lo largo del ciclo vital, en las transiciones y en los diferentes espacios en los que la vida y la salud ocurren.

En este marco de desarrollo teórico, Patricia Benner (4) ha relacionado el proceso de adquisición de conocimientos teóricos con los conocimientos derivados de la práctica, que guardan relación con el tiempo de experiencia o desempeño laboral. En esta investigación, los profesionales dedicados al cuidado de los pacientes con cáncer tenían una experiencia superior a los 6 años, tiempo que podría suponer la ganancia de conocimientos prácticos. En relación a este asunto, varios artículos (17) (38) (84) (88) aludieron al tiempo de experiencia de los profesionales en el área del cuidado del paciente con cáncer, que fluctuaba entre los 2 meses y los 17 años. En este escenario, la alternancia de profesionales con vasta experiencia y aquellos con poca podría facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias, más la adquisición de las competencias para el cuidado.

Con respecto a lo anterior, autores como Caton (89), Rosenzweig (82), Brixey (90), Watson (91), también realizaron investigaciones en las que adaptaron la teoría de Patricia Benner, indicando que el proceso de adquisición de experticia profesional ocurría mediante varias etapas en las que los profesionales iban adquiriendo habilidades que iban mejorando el desempeño y la calidad de la atención (26).

El proceso que tiene un profesional de enfermería en el área del cuidado al paciente con cáncer para adquirir la experticia, es igual al expuesto por la autora (26), en cuya teoría se plantea la importancia de la transmisión de conocimientos a través de la interacción entre las enfermeras expertas y novatas. Este postulado fue utilizado en las investigaciones antes mencionadas, así se demostró cómo al asignar un tutor o mentor a las enfermeras que empezaban a desempeñarse en el cuidado del paciente con cáncer, iban logrando un mayor grado de autonomía y seguridad, a la par que reforzaban su proceso de adquisición de competencias.

Otro aspecto arrojado por la investigación fue la visualización de la alta proporción de profesionales que desempeñan su labor en instituciones privadas. El hallazgo guarda relación con la naturaleza del sistema de salud, el cual ha venido incentivando la creación de servicios de salud de naturaleza privada y ha motivado que las instituciones de carácter público se adapten y respondan a las necesidades de salud de la población colombiana.

La entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, más su implementación mediante las normas que la fueron reglamentando, supuso un cambio sustancial en el esquema de prestación de servicios de salud, al indicar en su artículo 195 (92) (88) la participación simultánea de prestadores de servicios públicos y privados, y los objetivos como actores del sistema para proveer la atención a las personas. En cuanto a los servicios de oncología, un informe del Instituto Nacional de Cancerología (93), reportó la existencia de 1512 servicios habilitados, de los cuales el 87.2% eran de carácter privado y el 12.2% de naturaleza pública. De manera similar, los hallazgos de este estudio han permitido constatar la existencia de una mayor proporción de instituciones privadas prestadoras de servicios de salud a los pacientes con cáncer.

En el contexto que surgió a partir de la reforma al sistema de salud, las instituciones públicas y privadas han volcado sus esfuerzos en ofertar y vender servicios de salud a las aseguradoras con base en el criterio de rentabilidad económica, situación que ha desvirtuado el objetivo de la atención y el cuidado de la salud. Así las cosas, el mercado de la salud, al igual que otros mercados, es inestable en tanto que se sustenta en la oferta y demanda de servicios, el establecimiento de contratos de prestación de servicios, los sistemas de auditoría, la facturación, los sistemas de cobros y recobros, situaciones que en muchos casos implican la interrupción de los servicios a los pacientes y barreras de acceso al sistema de salud.

Lo anterior lleva a que los profesionales de enfermería, sin perder su objeto de cuidado que es la atención del paciente con cáncer, desarrollen actividades administrativas de los servicios; lo anterior tiene dos efectos, uno sería promover la contención de los costos y el otro consiste en el alejamiento de los pacientes, situación que lleva a la realización de actividades muy concretas y casi siempre enfocadas a la atención de aspectos biológicos.

En lo concerniente al nivel de estudio de los participantes, en la presente investigación se encontró que cerca de la mitad de los profesionales contaban con formación especializada, hecho que podría estar vinculado con el requerimiento consignado en la Resolución 2003 de 2014 (94), que establece el estándar de talento humano para la habilitación de los servicios de oncología, donde resalta la necesidad de que se cuente con un profesional de enfermería con especialización en oncología o experiencia en el área para ejercer en la misma.

El nivel de estudios de los profesionales que se desempeñan en el cuidado del paciente con cáncer depende de la estructura, procesos y niveles de formación profesional, además de las políticas de atención existentes en cada país. En Estados Unidos, por ejemplo, para la prestación de servicios existen modelos de atención de enfermería en los que se establecen directrices o guías de cuidado de los pacientes de acuerdo a los alcances y competencias de la práctica profesional, con base en los niveles de formación (enfermera licenciada, enfermera registrada, enfermera de práctica avanzada o nurse practitioner), que cuentan además con el reconocimiento y el aval de diversas asociaciones o agremiaciones profesionales como la American Nurses Association (ANA), Asociación Americana de Escuelas de Enfermería (AACN), Consejo Nacional de Juntas Estatales de Enfermería (NCSBN) y la American Association of Nurse Practitioner (AANP), que velan tanto por los estándares de práctica, como por las condiciones necesarias para el ejercicio profesional en cada nivel.

El ciclo de formación profesional brinda a los profesionales una serie de elementos teóricos y prácticos generales que les permitan desempeñarse en diversas áreas del cuidado y en diferentes contextos, luego de verificar el logro, cumplimiento y realización de una serie de competencias cognitivas, actitudinales y prácticas. Una vez desarrollado el ciclo de formación, la titulación y posterior registro son los

elementos fundamentales mediante los cuales el estado, representado por agremiaciones profesionales o colegiadas, reconoce la competencia e idoneidad para el ejercicio profesional (95).

En el contexto colombiano, los niveles de formación de posgrado son los de especialización, maestría y doctorado (11). Cada uno de estos niveles está orientado al desarrollo de competencias para el mejoramiento de la práctica profesional (especialización y maestrías en profundización) o el mejoramiento de las capacidades investigativas y desarrollo de nuevo conocimiento (maestrías en investigación y doctorado). Es claro que la formación de posgrado permite a los profesionales tener un desempeño con mayores posibilidades de acción y facilita el mejoramiento de las capacidades para tomar decisiones clínicas; como el caso de las Advanced Practice Nurse o Enfermeras de Práctica Avanzada, en el contexto norteamericano, que han sido definidas por la American Association of Nurse Practitioners como enfermeras registradas con formación especializada que les permite proveer los niveles más altos de formación (96).

En el terreno de la oncología, la American Cancer Society y el National Cancer Institute fueron las instituciones pioneras en promover la formación especializada en enfermería oncológica. Estos organismos desarrollaron un plan de estudio orientado a la práctica avanzada, dictaminaron las normas y el alcance de la Enfermería de Práctica Avanzada, de manera que reflejaba los valores éticos y filosóficos de la profesión a fin de que su articulación en la práctica permitiera la autonomía profesional (97).

Las Enfermeras en Práctica Avanzada en oncología, han adquirido conocimientos y habilidades clínicas avanzadas, para proporcionar atención directa e indirecta a los pacientes. Su práctica se basa en las competencias de enfermería, lo que se demuestra con una mayor profundidad en los conocimientos, lo que genera una mayor autonomía en su práctica (98). Si bien en el territorio colombiano no se ha definido dicho nivel, lo que se ha podido evidenciar mediante este estudio es que una proporción significativa de los profesionales que se desempeñan en las unidades de oncología tienen formación especializada y desarrollan la práctica con un alto nivel de competencias, que podría equipararse al modelo de práctica avanzada anglosajón.

En Colombia, las agremiaciones profesionales dan algunas directrices generales para la atención de los pacientes, tal es el caso de la Asociación de Enfermería Oncológica Colombiana (AEOC), creada en 1986, tras el reconocimiento de la necesidad de un programa de formación avanzada en enfermería oncológica. La misión de esta agremiación es promover el desarrollo del conocimiento y la excelencia de la práctica de Enfermería Oncológica, disciplina relacionada con la investigación, educación y asistencia en prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo a nivel individual y grupal de personas con cáncer y sus familias (99).

Aunque desde sus inicios, la AEOC ha propuesto unas directrices generales sobre las competencias que deben reunir los profesionales para el cuidado de los pacientes con cáncer, y en su misión ha declarado el interés en promover el desarrollo del conocimiento y la excelencia de la práctica de la enfermería oncológica, estos aspectos han sido amplios y generales y han carecido de desarrollo para la práctica autónoma en el cuidado de los pacientes.

El cuidado de enfermería al paciente con cáncer es un área de desarrollo profesional relativamente joven, en la que desde hace tres décadas se viene pensando la necesidad de cualificar y elevar el nivel de formación del profesional al de especialización; en la actualidad se cuenta con mayor número de programas de posgrado además de agremiaciones profesionales, sin embargo, aún falta camino por recorrer con el fin de alcanzar mejores condiciones laborales, desarrollar comunidades académicas, crear grupos y desarrollar la investigación, mediante la cual se puedan fortalecer las competencias para el cuidado del paciente con cáncer, logrando un reconocimiento profesional y un mayor nivel de autonomía en la práctica.

Los campos de acción para el cuidado de los pacientes con cáncer en los que se pueden desempeñar los profesionales de enfermería, son amplios. La Resolución 2003 de 2014 (94), ha definido que para la habilitación de los servicios de quimioterapia, radioterapia, trasplante de células hematopoyéticas, hospitalización oncológica y hematología de adultos o niños, se debe contar con profesionales de enfermería. Este estudio corroboró que en los servicios mencionados se desempeñaban los profesionales encuestados.

Ahora bien, llama la atención que la normativa antes citada no exige la presencia del profesional de enfermería en las áreas de radiología como requisito de habilitación, no obstante, el reporte de un 14.2% de profesionales que indicaron tener experiencia en dichos servicios deja abierta la posibilidad de abrir un campo de acción para desempeñar roles educativos, asistenciales, investigativos y de gestión, lo que podría en un futuro convertirse en un campo para el desarrollo de investigaciones a fin de generar la evidencia que sustente la necesidad de contar con profesionales de enfermería en dicha área.

Para este estudio, se asumió que las competencias estaban determinadas por los conocimientos, las habilidades, las actitudes, los valores y su aplicación en la práctica profesional. Los componentes de las competencias fueron enmarcados en las variables evaluación integral de la salud, manejo de síntomas, tratamientos y efectos secundarios. Los profesionales de enfermería encargados del cuidado del paciente con cáncer deben realizar una evaluación exhaustiva de la salud y de las necesidades de atención y apoyo del paciente y su familia, durante todo el proceso de su enfermedad. Para tal fin se deben considerar dimensiones como la valoración física, psicosocial, espiritual, de la vida sexual y de los cambios en la imagen corporal

En esta investigación los participantes indicaron que para explorar la dimensión de valoración física estaban preparados para obtener la historia clínica, realizar la valoración física, evaluar las condiciones de morbilidad, identificar los cambios físicos, agudos y crónicos, y evaluar los efectos secundarios de los tratamientos. Al respecto, Rosenzweig (82) reportó mediante un estudio descriptivo realizado con Oncology Nurse Practitioners que de las 610 encuestadas, 104 contestaron que estaban preparadas para obtener una historia clínica completa, realizar el examen físico de los pacientes, comunicar los hallazgos y compilar los datos para establecer un diagnóstico diferencial; estos datos reportados y los encontrados en el presente estudio tienen similitud.

En lo atinente a la dimensión de valoración psicosocial y espiritual, que hace referencia a las emociones que en un momento determinado cada paciente percibe frente a su situación de enfermedad oncológica, menos de la mitad de los participantes señalaron realizar esta actividad. Esto es similar a lo descrito por Gosselin (100), quien realizó un estudio con la enfermeras integrantes de la Oncology Nursing Society (ONS), con el objetivo de describir las necesidades psicosociales de los pacientes con cáncer; en dicho estudio, el 57% de las enfermeras respondieron que la falta de tiempo era la mayor barrera para proporcionar atención psicosocial al paciente con cáncer.

En esta investigación se analizó la dimensión de la valoración de la vida sexual hecha por los profesionales a los pacientes con cáncer, ante lo cual señalaron que contaban con los conocimientos necesarios para realizar la valoración. Otros aspectos no fueron valorados por los profesionales en cuestión, como los cambios en la salud sexual, la fertilidad, la comodidad de los pacientes y sus parejas para discutir sobre los cambios en la salud sexual y la necesidad de planificación,.

De manera particular, no fue posible encontrar estudios que reportaran hallazgos similares de manera desglosada; no obstante, en el estudio de Ayala (43), enfocado a analizar la percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería, se reportó que el 43.3% de los pacientes tenían necesidades de recibir información sobre la sexualidad. Este dato se contrasta con el 49.2% de profesionales de enfermería de este estudio que señalaron brindar información sobre aspectos de la sexualidad a los pacientes. Es claro que el análisis en paralelo de estos hallazgos, deja abierta la necesidad de continuar profundizando en esta área del cuidado al paciente con cáncer.

Jiménez (24), afirma que la valoración del paciente con cáncer desde el punto de vista de la enfermería es esencial, porque determina las bases para que el cuidado sea acorde con la realidad y sea eficaz. De acuerdo con el autor, la valoración incluye la evaluación objetiva y subjetiva de cada sistema corporal, más la determinación de las capacidades funcionales en sus dimensiones psicológicas, sociales y actividades cotidianas, o los cambios que se presentan como respuesta a la enfermedad o los tratamientos.

Al examinar los datos encontrados en la presente investigación, los profesionales de enfermería enfocan sus valoraciones con base en el modelo biomédico, dando énfasis a la enfermedad y prestando poca importancia a las dimensiones sociales, psicológicas, culturales y espirituales de la salud de los pacientes con cáncer. Así mismo, integran los conocimientos sobre aspectos biológicos de la enfermedad (fisiopatología, progresión, modalidades de tratamiento, efectos secundarios y complicaciones), para evaluar, planificar e implementar cuidados de enfermería basados en la evidencia; sin embargo, a diferencia de lo señalado por el autor no integran los aspectos psicológicos y sociales.

Al realizar un análisis de los hallazgos de esta investigación a la luz de los elementos que conforman la disciplina de la enfermería, representados en la holarquía del conocimiento (específicamente en el metaparadigma), las competencias de los profesionales de enfermería para la valoración integral de la salud dejan entrever el interés por los aspectos relacionados con la persona, el entorno y la salud, con un enfoque físico o biomédico de la enfermedad. De igual manera, reflejan la visión particular determinística o mundo de reacción planteada por Fawcett (3) y Newman (2), para quienes el ser humano es visto como la suma de las partes (biológico, psicosocial, espiritual) y que el enfermero desarrolla su conocimiento con base en los fenómenos objetivos cuantificables que pueden ser aislados y observados.

Los pacientes con cáncer se someten a tratamientos largos y complejos con el fin de alcanzar la curación, prolongar la existencia o mejorar la calidad de vida. Estos tratamientos dejan secuelas físicas y psicológicas ante las cuales los profesionales de enfermería deben adquirir conocimientos que les permitan brindar unos cuidados oportunos y adecuados a cada paciente. Este estudio ha reportado el conocimiento y experiencia recopilado por los profesionales de enfermería en el cuidado de los pacientes con cáncer; ante esto, Benner (4) plantea que la experticia se concibe como la valoración de nociones y postulados teóricos mediante la confrontación con muchos casos prácticos reales, que añaden matices o leves precisiones a la teoría. Y esto se logra mediante la permanencia en un área de cuidado durante determinado tiempo.

El análisis de los resultados reconoce que los conocimientos de los profesionales de enfermería se centran en el manejo de la quimioterapia y en aspectos como la clasificación de los medicamentos y el tratamiento de sus efectos secundarios; también reconocen el papel desempeñado por la cirugía en el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Además, los profesionales participantes en el estudio refirieron pocos conocimientos en bioterapia, trasplante de células hematopoyéticas y radioterapia, estos resultados se pueden relacionar con la distribución por servicios de los encuestados, siendo los servicios de radioterapia y trasplante de células hematopoyéticas los de menor incidencia. Brixey (90) desarrolló una herramienta de autoevaluación para que los profesionales de enfermería identifiquen las deficiencias en el conocimiento para el cuidado del paciente con cáncer; según ésta, los participantes manifestaron ser competentes para el manejo

de quimioterapia, radioterapia, en contraste con los temas de trasplante de células hematopoyéticas y urgencias oncológicas.

Los resultados arrojados por la investigación permiten observar cómo los profesionales de enfermería han adquirido competencias del saber (conceptual) que les permiten brindar a los pacientes con cáncer una atención segura e integral en cuanto a los de tratamientos y el manejo de los efectos secundarios; esto se logra por medio de un conocimiento teórico adquirido en el proceso formativo formal, que va ligado a un conocimiento práctico derivado del ejercicio profesional, ambas características deben estar presentes en el perfil del profesional y ambas han de adquirirse con la experticia.

Esto se confirma con lo planteado por la Oncology Nursing Society y The Canadian Association of Nurses in Oncology, en una adaptación realizada de la teoría de Patricia Benner en el proceso de adquisición de experticia se argumenta que la *enfermera especialista* (competente) es aquella registrada, cuya principal función es el cuidado del paciente con cáncer, que posee conocimiento más profundo de la enfermedad y ha desarrollado habilidades y prácticas con las personas diagnosticadas con cáncer o en riesgo de padecerlo. Su principal objetivo es la seguridad del paciente, para lo que utiliza los conocimientos y habilidades adquiridas, en pro de prevenir y controlar los efectos secundarios de los tratamientos (72) (73).

Las competencias reflejan las actitudes y valores necesarios para el ejercicio profesional: responsabilidad, autonomía e iniciativa ante situaciones complejas, como lo es enfrentar una enfermedad oncológica, que genera en el paciente y su familia cambios físicos, psicológicos y espirituales durante el proceso de la enfermedad y el tratamiento. Para esto el paciente requiere acompañamiento y apoyo brindado por el equipo de salud, en especial por el profesional de enfermería. Esta dimensión fue la mejor puntuada por los encuestados destacando el respeto por la cultura, las prácticas religiosas y espirituales y el interés por resolver los problemas e inquietudes de los pacientes con cáncer.

En el estudio se reportó que los profesionales de enfermería brindan educación al paciente con cáncer y su familia sobre los efectos secundarios inmediatos y tardíos de los tratamientos, sin embargo no se precisa si la instrucción se entrega por escrito. En contraste, en el estudio sobre las necesidades percibidas por los pacientes (43), más de la mitad de los encuestados manifestaron la necesidad de recibir la información sobre aspectos importantes del cuidado en un formato escrito, entre lo que se cuenta el manejo de la enfermedad, los tratamientos y los efectos colaterales; dicha información debería ser suministrada de manera verbal y escrita, en razón de las necesidades no satisfechas de los pacientes con cáncer (101).

La Sociedad Española de Enfermería Oncológica (68), señala la función educativa de los profesionales como base para brindar un cuidado integral al paciente y su

familia. Al respecto, Díaz (46) afirma que el rol educativo o asesor en un servicio de oncología permite transmitir un modelo de enfermería a partir de competencias y conductas de la enfermera en su relación con pacientes y familia.

La confrontación entre lo expresado por los autores con los hallazgos de esta investigación pone de manifiesto la ingente necesidad de diseñar e implementar estrategias educativas que posibiliten al profesional de enfermería evaluar cómo el paciente y su familia captan y procesan la información que reciben, al igual que se debe brindar una educación personalizada acorde a las necesidades del paciente. De otra parte, al analizar lo relacionado con la práctica profesional y el liderazgo, la mayoría de los participantes manifestaron que integraban el pensamiento crítico a la práctica clínica basada en el conocimiento y en su juicio ético durante el proceso de la enfermedad. De acuerdo con Benner (4), este comportamiento de los profesionales denota el logro de la experticia profesional, pues las acciones y actuaciones son integrales y vinculan el razonamiento clínico con los principios éticos.

Al contrastar los hallazgos derivados de la investigación a partir de las competencias y patrones de desempeño descritos por los profesionales encuestados con las características de las visiones filosóficas descritas por Fawcett (102), se aprecia una conexión con las visiones particular-determinística y la interactiva-integrativa. Es decir, los profesionales de enfermería que cuidan a los pacientes con cáncer, transitan entre la visión reactiva o determinística y la visión de reciprocidad o integrativa, porque la génesis de sus acciones está en el conocimiento de la fisiopatología y el manejo del cáncer y (aunque priman los aspectos biológicos y técnicos del cuidado) los pacientes son percibidos como seres integrales, aunque por momentos se omitan aspectos psicosociales del cuidado. De igual manera, su desempeño refleja las competencias académicas (conocimientos teóricos) y las competencias profesionales (aplicación de los conocimientos y adquisición de conocimientos derivados de la experiencia) que les permiten brindar un cuidado acorde a las características y necesidades de los pacientes.

Los resultados del estudio revelan un grupo de profesionales de enfermería que transitan entre la visión reactiva o determinística y la visión de reciprocidad o integrativa, la génesis de sus acciones está en el conocimiento de la fisiopatología y manejo del cáncer, el paciente es percibido como una ser integral, aunque se les dificulta incluir psicosociales, la vida sexual entre ellos. Su quehacer refleja competencias académicas (conocimientos teóricos) y competencias profesionales que les permiten brindar un cuidado acorde a las necesidades de los pacientes. Precisamente, las acciones de los profesionales de enfermería encuestados reflejan un patrón de conocimiento empírico o ciencia de la enfermería (1), pues se enfocan en el manejo de la enfermedad, asumen una mirada biomédica de los problemas de los pacientes y, a partir de esto, centran los esfuerzos en desarrollar y perfeccionar las competencias técnicas que se van consolidando con la práctica, en asocio con la experiencia y las relaciones de apoyo que van estableciendo con los pacientes.

Si bien Carper (1), ha planteado otros patrones de conocimiento, como el estético, el de conocimiento personal y el patrón ético, la naturaleza de este estudio y la forma en que se exploraron las competencias no permitieron develar los rasgos esenciales de los citados patrones; no obstante, algunos reactivos del instrumento hicieron posible evidenciar el interés de los profesionales de enfermería por respetar la cultura y las prácticas religiosas de los pacientes, al igual que interesarse por brindarles el apoyo psicológico y espiritual requerido, de manera que podrían vislumbrar algunas características socio humanísticas del cuidado, que encuentran su expresión en los patrones de conocimiento estético y ético.

Finalmente, al reconocer que los profesionales de enfermería que participaron en este estudio cuentan con una experiencia en el cuidado a los pacientes con cáncer superior a los 3 años, que manifiestan tener un conocimiento adecuado de la enfermedad y los tratamientos, que han desarrollado habilidades para prevenir y controlar los efectos secundarios de los tratamientos, que tienen conocimientos, actitudes y valores que favorecen la valoración de los pacientes, la determinación de problemas y la realización de intervenciones, que brindan educación y dan apoyo a los pacientes y sus familias durante todo el proceso de la enfermedad, estos se pueden describir como competentes frente a las labores requeridas en el cuidado del paciente con cáncer, lo anterior con base en los postulados teóricos de Patricia Benner (4).

11. Conclusiones

La presente investigación tuvo como orientación hacer la descripción de las competencias de los profesionales de enfermería para el cuidado de los pacientes con cáncer. Para este propósito, la revisión de la literatura y los supuestos teóricos de la investigadora fueron de gran utilidad para construir un instrumento que permitiera examinar las competencias en cuanto a la valoración integral de la salud, las relaciones de apoyo y terapéutica, el manejo de los síntomas, los tratamientos y sus efectos secundarios.

La revisión y análisis de las competencias se hizo bajo la orientación conceptual según la cual las competencias están determinadas por los conocimientos, las habilidades, actitudes y valores (65) que los profesionales utilizan y despliegan en su práctica de cuidado individual y colectivo a los pacientes con cáncer y sus familias.

Con base en el análisis de las características sociodemográficas y laborales de los profesionales encuestados se puede colegir que se trata de un grupo de profesionales jóvenes, en su mayoría mujeres, que cuentan con formación especializada, con una experiencia mayor a 6 años, que se desempeñan principalmente en las instituciones del sector privado. Así mismo, que tanto la formación básica como la posgraduada y su ejercicio profesional en áreas clínicas de alta complejidad, les permiten articular los conocimientos teóricos con aquellos adquiridos en la práctica, de manera que van configurando un nivel alto de experticia.

Al analizar los resultados bajo la lupa de la estructura de la disciplina de la enfermería, los profesionales de enfermería que cuidan a los pacientes con cáncer ejecutan su práctica de cuidado bajo la perspectiva filosófica de las visiones particular determinística e interactiva e integrativa, porque aunque privilegian los asuntos biomédicos del padecimiento y el tratamiento, más los aspectos técnicos del cuidado; dejan vislumbrar el interés por la situación del ser humano que tiene el padecimiento y tienen en cuenta algunas dimensiones sociales y psicológicas para el cuidado.

De igual manera, aunque tácitamente no se manifieste la adopción de un esquema teórico de enfermería en su ejercicio profesional, las características que van adquiriendo en relación a la adquisición y desempeño en la práctica y la forma cómo adquieren y utilizan los conocimientos, se ubican en un nivel competente, de acuerdo al planteamiento de Patricia Benner.

La articulación entre la formación y la práctica permite identificar que los profesionales que cuidan a los pacientes con cáncer demuestran competencias en

su desempeño en la evaluación integral de los pacientes, el manejo de síntomas, la administración de tratamientos y el manejo de los efectos secundarios. De igual manera, tienen vasto conocimiento sobre la fisiopatología de la enfermedad, principalmente en los adultos, sobre la administración segura de la quimioterapia y la valoración física de los pacientes. Además de las competencias citadas, los profesionales tienen habilidades comunicativas que les permiten establecer una relación de apoyo con los pacientes.

En contraste con las áreas en las que señalan un importante nivel de competencia, indican que la competencia en asuntos como el trasplante de células hematopoyéticas, los tratamientos con radioterapia, bioterapia, hormonoterapia y el manejo de emergencias oncológicas es bajo.

En el análisis de las actitudes y valores de los profesionales de enfermería para el cuidado de los pacientes con cáncer, se destaca el respeto por la cultura, las prácticas religiosas de los pacientes, el apoyo psicológico y el acompañamiento espiritual que les brindan. De este modo, el desempeño de los profesionales, además de reflejar la perspectiva humanística de la filosofía de la enfermería, vislumbra los patrones de conocimiento estético, personal y ético, que afianzan el nivel de competencia que van adquiriendo a lo largo de su trayectoria.

Si bien hay dimensiones del cuidado que son visibles en las competencias que los profesionales desarrollan y llevan a cabo en su práctica, hay algunas áreas que ameritan ser afianzadas mediante el desarrollo de procesos formativos desde la formación básica y continuar su proceso con la formación de posgrado. En este sentido, se deben desarrollar actividades de mejoramiento continuo profesional que sensibilicen a los profesionales y los doten de los elementos teóricos, prácticos y actitudinales respecto a cuidados de los niños con cáncer, trasplante de células hematopoyéticas, radioterapia, bioterapia y emergencias oncológicas, que estén acordes a las necesidades del paciente y al desarrollo de la tecnología para el manejo del paciente con cáncer.

Así pues, el nivel de competencia alcanzado por los profesionales participantes en este estudio los ubica como profesionales que desarrollan una práctica avanzada en el cuidado de los pacientes con cáncer. Lamentablemente la legislación en la enfermería colombiana no contempla la figura de este profesional ni crea el mecanismo legal para que pueda desplegar todas las capacidades que tiene, además de avalar su autonomía en el desempeño cotidiano. De igual modo, la normatividad vigente contempla el cumplimiento de requisito de la existencia de un profesional como requisito de habilitación, pero no faculta al mismo para desplegar sus competencias profesionales, para mejorar la condición de la prestación de los servicios y de vida de los pacientes.

En este sentido, al considerar que los profesionales especialistas en el área han desarrollado un alto nivel de experticia, se requiere ampliar el marco normativo que

además de reconocer las competencias cree el escenario jurídico que avale la práctica profesional interdisciplinaria, la práctica avanzada como camino para alcanzar la autonomía y la estabilidad jurídica para reafirmar el compromiso social de los profesionales competentes en el cuidado a los pacientes.

Los resultados de la investigación sirven como evidencia para concluir que los participantes realizan competencias profesionales mediante la integración de los conocimientos teóricos (saber) y conocimientos prácticos (hacer) que son aplicados en su práctica profesional (saber hacer). Los conocimientos que los profesionales aplican en el cuidado de los pacientes con cáncer combinan elementos explícitos y tácitos que les son útiles para su práctica.

A su vez la adquisición de habilidades es un proceso que incluye la integración de la teoría y la práctica. Los valores le permiten al profesional de enfermería la interacción entre las personas, la creación de lazos afectivos, la expresión de sentimientos y la escucha, permitiendo que el paciente con cáncer y su familia puedan afrontar los retos y transiciones que conlleva la enfermedad.

Siendo así, el proceso continuo de aprendizajes derivados de la formación y de la experiencia adquirida en su desempeño cotidiano les permite adquirir, desarrollar y realizar las competencias cognitivas, prácticas y actitudinales que los ubican en un nivel de experticia competente, pues las actividades que llevan a cabo muestran que su principal función es el cuidado del paciente, poseen un conocimiento detallado de la enfermedad, desarrollan habilidades prácticas para el manejo de la enfermedad y tienen como objetivo la seguridad del paciente, utilizando los conocimientos y habilidades para prevenir y controlar los efectos secundarios de los tratamientos.

Se puede concluir que los profesionales de enfermería en el proceso de adquisición de competencias se ubican en un nivel competente, ya que las actividades que realizan muestran que su principal función es el cuidado del paciente con cáncer, poseen un conocimiento más profundo de la enfermedad y han desarrollado habilidades y prácticas en el manejo de la misma, su objetivo es la seguridad del paciente, para lo que utiliza los conocimientos y habilidades adquiridas en pro de prevenir y controlar los efectos secundarios de los tratamientos.

12. Recomendaciones

Se recomienda mejorar los procesos formativos del profesional de enfermería desde el pregrado, creando líneas de profundización en el área del cuidado del paciente con cáncer, que les permita a los profesionales en formación cualificar su desempeño profesional y brindar un cuidado acorde a las necesidades de los pacientes con cáncer.

Revisar y analizar los planes y programas de formación de los posgrados en enfermería oncológica tanto a nivel de especialización como de maestría, en temas concernientes a radioterapia, trasplante de células hematopoyéticas, manejo seguro de bioterapia/hormonoterapia y manejo de la Sexualidad del paciente con cáncer, ya sea creándolos como curso electivos o incluyendo estos temas en el currículo de los programas.

Desarrollar líneas de investigación disciplinares e interdisciplinares a fin de generar evidencias que apoyen los procesos formativos y donde se evidencia el impacto del cuidado profesional.

Finalmente, avanzar en el desarrollo del marco de competencias contempladas en la ley 266 de manera que se amplié el marco regulatorio de enfermería, se reconozca el campo de acción de los especialistas y magísteres que desarrollan una práctica avanzada y se afiance el compromiso profesional de mejorar el cuidado a los pacientes con cáncer.

13. Limitaciones

El estudio se realizó con una muestra de los profesionales que se dedican al cuidado del paciente con cáncer y no se pudo contar con el total de la población. Por ende, los datos no pueden ser extrapolados a la totalidad de los profesionales de enfermería que cuidan a los pacientes con cáncer en el país. La evidencia llama a realizar estudios en otros contextos del cuidado

Referencias

1. Carper BA. Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Adv Nurs Sci* [Internet]. 1978;1(1):13–24. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00012272-197810000-00004>
2. Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *ANS Adv Nurs Sci* [Internet]. 1991 Sep [Citado 2018 Apr 28];14(1):1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1819254>
3. Fawcett J, Desanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories [Internet]. [Citado 2018 Apr 28]. 453 p. Available from: <https://www.fadavis.com/product/nursing-research-theory-contemporary-nursing-knowledge-fawcett-3>
4. Benner P. *Práctica progresiva en Enfermería*. Primera Ed. ADDISON WESLEY PUBLISHING COMPANY, editor. Barcelona; 1987. 329 p.
5. Castañeda CC pablo; Informe técnico. Observatorio Nacional de Salud [Internet]. V edición. Ministerio de Salud y Protección Social, editor. Bogotá; 2015 [Citado 2017 Aug 7]. 2012 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informe-ons-5.pdf>
6. International agency for research on cancer. *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence Worldwide 2012* [Internet]. 2012 [Citado 2016 Jun 6]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
7. World Health Organization. *World Health Organization - cáncer* [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [Citado 2017 Feb 6]. Available from: <http://www.who.int/cancer/en/>
8. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, García ÓA. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2008 [Citado 2017 Aug 6];12(4):181–90. Available from: <http://www.cancer.gov.co/images/revistas/2008/volumen4/3. Caracteristicas sociodemograficas.pdf>
9. Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2010 Feb [Citado 2018 Apr 6];12(1):1–13. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Murillo, Raúl; Wiesner, Carolina; Acosta, Jesús; Piñeros, Marion; Pérez J. *Modelo de cuidado del paciente con cáncer* [Internet]. Instituto Nacional de Cancerología, editor. Bogotá; 2015 [Citado 2018 Jan 6]. 110 p. Available from: <http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/modelo>

11. COLOMBIA. Ministerio de Educación. Sistema Nacional de Información de la Educación Superior [Internet]. 2014 [Citado 2016 Sep 5]. Available from: <http://snies.mineducacion.gov.co/consultasnies/programa#>
12. Ministerio de Salud y la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. Plan decenal para el control de cáncer en Colombia 2012-2021 [Internet]. Vasa. 2012. 1-124 p. Available from: http://www.cancer.gov.co/documentos/Plandecenalparacontrolcancer/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf
13. Colombia Congreso de La República. Ley 266 DE 1996, Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 1996. Available from: http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/280/ley_266_de_1996.pdf?sequence=15&isAllowed=y
14. COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección social. Ley 1384 de 2010. “Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral de cáncer en Colombia” [Internet]. 2010 p. 1–9. Available from: <http://web.presidencia.gov.co/leyes/2010/abril/ley138419042010.pdf>
15. Scarpa R. Advanced practice nursing in head and neck cancer: implementation of five roles. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2004 May [Citado 2018 Apr 8];31(3):579–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15146223>
16. Torres Contreras C, Buitrago-Vera M, Buitrago-Vera M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Rev Cuid* [Internet]. 2011 Dec 1 [Citado 2017 Aug 8];2(1). Available from: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/49>
17. Dos Santos FC, Camelo SHH, Laus AM, Leal LA. El enfermero de unidades hospitalarias oncológicas: perfil y capacitación profesional. *Enfermería Glob* [Internet]. [Citado 2017 Jan 5];14(38):301–12. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Day DD, Hand MW, Jones AR, Harrington NK, Best R, LeFebvre KB. The oncology nursing society leadership competency project: Developing a road map to professional excellence. *Clin J Oncol Nurs*. 2014;18(4):432–6.
19. Muehlbauer, P., Castro, K., Shelburne, N., Cusack, G., Phelps, S. & W. Novice to expert: Guiding new oncology nurses on the journey. *Oncol Nurs Forum*. 2006;33 (416).
20. Sheridan-Leos. A model of chemotherapy education for novice oncology nurses that supports a culture of safety. *Clin J Oncol Nurs*. 2007;7(10.1188/07.CJON):545–51.
21. Tariman J, Mehmeti E, Spawn N, McCarter S, Bishop-Royse J, Garcia I, et al. Oncology Nursing and Shared Decision Making for Cancer Treatment.

- Clin J Oncol Nurs [Internet]. 2016;20(5):560–3. Available from: <http://cjon.ons.org/cjon/20/5/oncology-nursing-and-shared-decision-making-cancer-treatment>
22. Castebianco D. Intervenciones de Enfermería en pacientes con cáncer de próstata. Rev Actual en Enferm [Internet]. 2010 [Citado 2017 Apr 8];13(2). Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/vole-132/intervencionenfermeriapacientecancer/>
 23. Galvis Rodríguez R. Educación al paciente oncológico y su familia al egreso del servicio de endoscopia. Rev Cienc y Cuid. 2014;11(2):8.
 24. Jiménez de Esquenazi, Teresa; Barrera de Triana N. La enfermera y el paciente oncológico importancia de la valoración. Av en Enfermería [Internet]. 1993 May 1 [Citado 2017 Apr 8];11(2):22–5. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16619>
 25. Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enfermería Glob [Internet]. 2013 [Citado 2018 Jan 7];12(32):346–61. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021
 26. Benner P. From Novice to Expert: excellence and power in clinical nursing practice. AJN, Am J Nurs. 1984;84 (12)(446-198412000–00027).
 27. Medina JL. Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. Rev Enfermería [Internet]. 2002;15:1–13. Available from: https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero15/numero15/pr%E1ctica_educativa_y_pr%E1ctica_de.htm
 28. Ministerio de Salud y Protección Social. Cómo va la protección social: Monitoreo al Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. Bogotá; 2006 [Citado 2018 Jan 8]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/BOLETIN SALUD.pdf>
 29. Murillo R, Quintero Á, Piñeros M, Bravo MM, Cendales R, Wiesner C, et al. Modelo para el control del cáncer. 2006 [Citado 2017 Apr 8];(1909–2962):15. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/Modelo-para-el-control-cancer-colombia.pdf>
 30. Colombia Ministerio de salud y protección social. Ley No 1388 26 de mayo 2010 “Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.” [Internet]. 1388 2010 p. 9. Available from: <http://www.ins.gov.co/normatividad/Leyes/LEY 1388 DE 2010.pdf>
 31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 5521, Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS) [Internet]. 5521 Colombia; 2013 p. 146. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>

32. Colombia Ministerio de salud y Protección social. Ley 1733 de 2014, Ley Consuelo Devis Saavedra [Internet]. 1733; 2014 p. 6. Available from: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1733014.pdf>
33. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 01477 de 2016, por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto “UFCA” y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil ‘UACAI [Internet]. 2016 p. 9. Available from: <https://diario-oficial.vlex.com.co/vid/resolucion-numero-01477-2016-637135133>
34. Colombia. Ministerio de Educacion. Ley 911 de 2004, Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. [Internet]. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004 2004 p. 15. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
35. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. 2017 [Citado 2017 Apr 14]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=QKN8J5J>
36. Manfred A. Max Neef. Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones [Internet]. Segunda edición. Editorial Nordan, editor. Barcelona; 1998 [Citado 2017 Apr 14]. 77 p. Available from: https://www.max-neef.cl/descargas/Max_Neef-Desarrollo_a_escala_humana.pdf
37. Maslow AH. Motivación y personalidad. Madrid: España: Ediciones Díaz de Santos; 1991. 436 p.
38. Cossich T, Schofield P, McLachlan SA. Validation of the cancer needs questionnaire (CNQ) short-form version in an ambulatory cancer setting. Qual Life Res [Internet]. 2004 Sep [Citado 2017 Apr 15];13(7):1225–33. Available from: <http://link.springer.com/10.1023/B:QURE.0000037496.94640.d9>
39. Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología [Internet]. 2004 Jan 1 [Citado 2017 Apr 15];1(2):169–80. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120169A>
40. Gomes NS, Riul S, Silva D. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. Texto Context Enfermeria, Florianóp [Internet]. 2013 [Citado 2017 Aug 15];22(2):509–16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a29.pdf>
41. Aquino VV, Maria M, Zago F. El significado de las creencias religiosas para un grupo de pacientes oncológicos en rehabilitación. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2007 [Citado 2017 Aug 15];15(1). Available from:

www.eerp.usp.br/rlae

42. Artells, Joan Josep. Jovell A. Necesidades y demandas de un paciente oncológico [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona ; 2004 [Citado 2017 Aug 15]. Available from: www.fundsis.org
43. Ayala de Calvo LE, Sepulveda-Carrillo GJ. Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. Enfermería Glob [Internet]. 2016 Dec 28 [Citado 2017 Aug 15];16(1):353. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/231681>
44. Galindo ME. Cuidado como vínculo de confianza, enfermería. Rev Actual en Enferm [Internet]. 2014 [Citado 2018 Apr 15];17(3):31–4. Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve173/cuidado-confianza/>
45. Almenares CDJ. Cuidado que trasciende más allá de la muerte. Investig en Enfermería Imagen y Desarro [Internet]. 2013 Aug 14 [Citado 2017 Aug 15];15(1):85–94. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/6027>
46. Montealegre DC. Roles de la enfermera clínica en un servicio de oncología. Rev Aladefe - [Internet]. 2014 [Citado 2017 Apr 15];1(1). Available from: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/109/>
47. María F De, Manrique C, Mauricio H, Pedraza P. Prevalencia de diagnósticos de Enfermería en personas en tratamiento oncológico a with oncology treatment. 2008;XXVI:212–7.
48. Alarcón ÁM, Barrera-Ortiz L, Carreño SP, Carrillo GM, Farías RE, González G, et al. Development of a functional model of nursing care in cancer. Investig y Educ en Enfermería [Internet]. [Citado 2016 Jan 7];32(2):206–15. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
49. Barón Birchenall L. La Teoría Lingüística de Noam Chomsky: del Inicio a la Actualidad. lenguaje [Internet]. 2014;42(2):417–44. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/leng/v42n2/v42n2a08.pdf>
50. Vigotsky LS. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores [Internet]. Primera Edición. Editorial Critica, editor. Barcelona; 1978 [Citado 2017 Apr 15]. 224 p. Available from: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/educacional/erausquin/Unidad 2/Vigotsky - el desarrollo de los p. cap 4.pdf>
51. Skinner BF. Tecnología de la Enseñanza [Internet]. 4th ed. Labor, editor. Barcelona; 1979 [Citado 2017 Apr 15]. 159 p. Available from: http://www.conductitlan.org.mx/02_bfskinner/skinner/3.b_f_skinner_tecnologia_de_la_ensenanza.pdf

52. Mulder M. Competencia: la esencia y la utilización del concepto en la formación profesional inicial y permanente. Rev Eur Form Prof [Internet]. 2007;40(1):5–24. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2316165.pdf%5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2316165>
53. Sandoval F, Miguel V, Montaña N. Evolucion del concepto de competencias laboral. Rev Tec Virtual [Internet]. 2010; Available from: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/vrac/documentos/Curricular_Documentos/Evento/Ponencias_6/sandoval_Franklin_y_otros.pdf
54. González MR. El enfoque por competencias en el EEES y sus implicaciones en la enseñanza y el aprendizaje. Tendencias Pedagógicas [Internet]. 2008 [Citado 2017 Apr 15];13(1):79–105. Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/4704/31129_2008_13_04.pdf?sequence=1&isAllowed=y
55. Rivero MM. Evaluación de competencias del enfermero especialista de cuidados médico-quirúrgicos, utilizando la escala ECOenf [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2016 [Citado 2017 Apr 15]. Available from: <http://eprints.ucm.es/40344/>
56. Spencer L m. SSM. Competence at Work Models for Superior Performance [Internet]. Wiley India Pvt. Limited, editor. 2008 [Citado 2017 Apr 15]. 384 p. Available from: <https://books.google.com.co/books?id=2Y8QB-6aIJMC&dq=competence+at+work+spencer+y+spencer&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjqq2j8b3aAhWQpFkKHbiFASEQ6AEIKjAA>
57. Rodríguez Trujillo N. La medición de las competencias. Psico consul CA [Internet]. 2001 [Citado 2017 Apr 15];1. Available from: <http://www.psicoconsult.com/getattachment/963144e9-90d5-4d07-9c47-db2311923f0b/LA-MEDICION-DE-LAS-COMPETENCIAS.pdf>
58. Gonzalez JWR. Tuning educational structure in Europe. Informe Final. Fase I. [Internet]. Recuperado de <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/tuning/tuning02.pdf>. 2003. 79-80 p. Available from: <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/tuning/tuning02.pdf>
59. Diaz M de MARIJ. Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias | Alianza Editorial [Internet]. primera ed. Alianza Editorial, editor. 2006 [Citado 2017 Apr 17]. 232 p. Available from: https://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=1292640&id_col=100508&id_sucol=100518
60. Pereda Marín Santiago., Berrocal Berrocal F. Gestión de recursos humanos por competencias [Internet]. España: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2006 [Citado 2017 Apr 17]. 264 p. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-gestion-de-recursos-humanos-por-competencias/9788480047814/1116396>

61. Domínguez G. La Sociedad del Conocimiento y las organizaciones educativas como generadoras de conocimiento: el nuevo «continuum» cultural y sus repercusiones en las dimensiones de una organización. *Rev Complut Educ [Internet]*. 2001 [Citado 2017 Aug 21];12(2):1130–2496. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED0101220485A/16742>
62. Canadian Nurses Association. A National Framework for Continuing Competence Programs for Registered Nurses [Internet]. Ottawa; 2000 [Citado 2018 Apr 21]. 35 p. Available from: https://www.nurseone.ca/~media/nurseone/files/en/national_framework_continuing_competence_e.pdf?la=en
63. Campbell B, Mackay G. Continuing competence: an Ontario nursing regulatory program that supports nurses and employers. *Nurs Adm Q [Internet]*. 2001 [Citado 2018 Apr 21];25(2):22–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18188891>
64. Margaret Alexander, Phyllis J Runciman. Marco de competencias del CIE para la enfermera. [Citado 2018 Apr 21]; Available from: http://cnde.es/contenido/ficheros/Marco_Competencias_CIE_Enfermera_Generalista.pdf
65. Suárez, Beatriz. Lopera AR. Enfermería disciplina social y profesión liberal: desarrollo de las competencias del profesional de Enfermería [Internet]. 2013 [Citado 2018 Jan 15]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Enfermería_Octubre2014.pdf
66. Benner P. Formation in Professional Education: An Examination of the Relationship between Theories of Meaning and Theories of the Self. *J Med Philos [Internet]*. 2011 Aug 1 [Citado 2018 Apr 21];36(4):342–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21903905>
67. Soto-Fuentes P, Reynaldos-Gardón K, Martínez-Santanta D, Jerez-Yáñez O. Competencias para la enfermera / o en el ámbito de gestión y administración : desafíos actuales de la profesión. *Aquichan [Internet]*. 2014;14(1):79–99. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000100008
68. Oncológica SE de E. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA [Internet]. 2009. Available from: <https://www.seeo.org/>
69. Antioquia U de. Facultad de Enfermería [Internet]. [Citado 2018 Jan 10]. Available from: <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/unidades-academicas/facultades/enfermeria/enferme>

70. Javeriana P universidad. Facultad de Enfermería [Internet]. [Citado 2018 Jan 10]. Available from:
<http://enfermeria.javeriana.edu.co/estudiantes/posgrados/especializacion-enfermeria-oncologica>
71. Especialización en Enfermería Oncológica - Facultad de Salud / Universidad del Valle / Cali, Colombia [Internet]. [Citado 2018 May 2]. Available from:
<http://salud.univalle.edu.co/especializaciones-clinicas/especializacion-enfermeria-oncologica>
72. Oncology Nurse Generalist Competencies. 2016 [Citado 2017 Apr 27]; Available from: https://prod-www.ons.org/sites/default/files/2017-05/Oncology_Nurse_Generalist_Competencies_2016.pdf
73. The Canadian Association of Nurses in Oncology. Practice Standards and Competencies for the Specialized Oncology Nurse. [Citado 2017 Apr 27];2006:52. Available from: http://c.ymcdn.com/sites/cano.malachite-mgmt.com/resource/resmgr/standards/CONEP_Standards2006September.pdf
74. Castrillón Agudelo MC. Apertura del Doctorado en Enfermería Universidad de Antioquia: el camino recorrido, fundamentos y esperanzas. *Investig y Educ en enfermería*. 2010;28(3):475–83.
75. Polit , D. Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. sexta. McGraw- Hill Interamericana, editor. Mexico; 2003.
76. Miralles I. Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. *Trab y Soc* [Internet]. 2011 [Citado 2018 Apr 22];(16):137–61. Available from:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712011000100009
77. Cruz Meléndez R. Retiro laboral y ajuste a la jubilación de hombres y mujeres. [Citado 2018 Apr 22]; Available from:
<http://www.redalyc.org/pdf/447/44718060016.pdf>
78. Oncology Nursing Certification Corporation (ONCC). A Role Delineation Study of the Advanced Oncology Certified Nurse Practitioner [Internet]. 2014 [Citado 2016 Aug 15]. p. 1–7. Available from:
<http://www.oncc.org/files/NPExecutiveSummary.pdf>
79. The Canadian Association of Nurses in Oncology. Provincial Oncology Nursing Program Oncology RN Role Description. 2015 [Citado 2018 Apr 22]; Available from:
<https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/CCOOnco logyRNRoleDescription.pdf>
80. COLOMBIA M de S y protección social. Resolución No 8430, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. Resolución No 8430 1993 p. 19. Available

from:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RE/SOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

81. Ezekiel E. ¿Què hace que una investigación clínica sea ética? Siete requisitos Éticos [Internet]. p. 83–96. Available from: http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf
82. Rosenzweig M, Giblin J, Mickle M, Morse A, Sheehy P, Sommer V, et al. Bridging the gap: a descriptive study of knowledge and skill needs in the first year of oncology nurse practitioner practice. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2012;39(2):195–201. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22374493>
83. Jang I, Kim Y, Kim K. Professionalism and professional quality of life for oncology nurses. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 Oct [Citado 2018 Jan 27];25(19–20):2835–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27335236>
84. Kim SH, Park JH. Development and Validation of a Tool for Evaluating Core Competencies in Nursing Cancer Patients on Chemotherapy. *J Korean Acad Nurs* [Internet]. 2012 Oct [Citado 2017 Apr 15];42(5):632. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23221653>
85. Arroyo Rodríguez A, Lancharro Taverro I, Romero Serrano R, Morillo Martín MS. La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería* [Internet]. 2011 Dec [Citado 2018 May 8];20(4):248–51. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
86. Velandia AL. Análisis histórico de la evolución y tendencias de la práctica de la Enfermería en Colombia en el siglo XX. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2014 Aug 28 [Citado 2018 Jan 27];10(2). Available from: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/20472>
87. García Bañón AM, Sainz Otero A, Botella Rodríguez M. La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería* [Internet]. 2004 [Citado 2018 Jan 16];13(46):45–8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
88. Jang I, Kim Y, Kim K. Professionalism and professional quality of life for oncology nurses. *J Clin Nurs*. 2016;25:2835–45.
89. Caton AP, Klemm P. Introduction of Novice Oncology Nurses to End-of-Life Care. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2006 Oct 1 [Citado 2018 Jan 27];10(5):604–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17063614>
90. Brixey, Molly Jo SMM. A Self-Assessment Tool for Oncology Nurses. *Clin J*

- Oncol Nurs [Internet]. 2010 [Citado 2017 Feb 9];10. Available from: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2259/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1c392335-71b9-49d6-8f38-9e9868921692%40sessionmgr4009&vid=8&hid=4212>
91. Watson LC, Raffin-Bouchal S, Melnick A, Whyte D. Designing and Implementing an Ambulatory Oncology Nursing Peer Preceptorship Program: Using Grounded Theory Research to Guide Program Development. *Nurs Res Pract*. 2012;2012:1–15.
 92. Colombia C de la R. Ley 100 DE 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1993. Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
 93. Jairo ALEMMM. Boletín servicios oncológicos en Colombia. 2016; Available from: [http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Servicios Oncologicos Boletín.pdf](http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Servicios%20Oncologicos%20Boletin.pdf)
 94. Colombia M de salud y protección social. Resolución 2003, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud [Internet]. Resolución 2003 Colombia; 2014. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 2003 de 2014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%202003%20de%202014.pdf)
 95. Bolaños sánchez J. Regulación para la práctica de enfermería en Estados Unidos de América. *Rev Enferm del Inst Mex Seguro Soc*. 2003;11(2):99–104.
 96. American Association of Nurse Practitioner [Internet]. [Citado 2016 Jun 15]. Available from: <https://www.aanp.org/all-about-nps/what-is-an-np>
 97. Oncology Nursing Society position paper on quality cancer care. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 1997 Jul [Citado 2018 Jan 28];24(6):951–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9243576>
 98. Jacobs LA. Oncology nursing as a specialty: The Education, scope and standards for Advanced Practice Nursing in Oncology. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2004;31(3):507–9. Available from: <https://www.ons.org/advocacy-policy/positions/education/apn>
 99. Colombiana A de enfermería oncológica. Asociación de enfermería oncológica colombiana [Internet]. [Citado 2018 Jan 10]. Available from: <http://aeoc.co/%0A%0A>
 100. Gosselin TK, Crane-Okada R, Irwin M, Tringali C, Wenzel J. Measuring Oncology Nurses' Psychosocial Care Practices and Needs: Results of an Oncology Nursing Society Psychosocial Survey. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2011;38(6):729–37. Available from: <http://onf.ons.org/onf/38/6/measuring-oncology-nurses-psychosocial-care->

practices-and-needs-results-oncology-nursing

101. Mesters I, Borne B BM. Measuring information needs among cancer patients. *Patient Educ Couns*. 2001;43(3):255–64.
102. Fawcett J. Structure and Use of Nursing Knowledge. In: *Análisis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge Nursing Models and Theories*. 2000. p. 3–31.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	NIVEL DE MEDICION	ANALISIS DE VARIABLE
Edad	Cuantitativa	Años	Razón	Medidas de tendencia central
Sexo	Cualitativa	(1) Femenino (2) Masculino	Nominal	Distribución de frecuencias
Tipo de institución según su razón social	Cualitativa	(1) Privado (2) publico	Nominal	Distribución de frecuencia
Servicios donde ha laborado: Quimioterapia Radioterapia Hosp. Hematología Hosp. Oncopediatría Cuidados paliativos Hosp. oncología Trasplante de células hematopoyeticas	Cualitativa	(1) Si (2) No	Nominal	Distribución de frecuencia
Años de experiencia en el área de cuidado al paciente con cáncer	Cuantitativa	Años	Razón	Medidas de tendencia central
Nivel de estudio	Cualitativa	(1) Profesional (2) Especialización (3) Maestría (4) Doctorado	Ordinal	Distribución de frecuencia
Evaluación integral de la salud	Cualitativa	(1) Nunca (2) Alguna veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5) No aplica	Nominal	Distribución de frecuencia
Relaciones de apoyo y terapéutica	Cualitativa	(1) Nunca (2) Alguna veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5) No aplica	nominal	Distribución de frecuencia
Manejo de síntomas, tratamientos y efectos secundarios	Cualitativa	(1) Nunca (2) Alguna veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5) No aplica	nominal	Distribución de frecuencia

Anexo 2 Formato Ficha Bibliográfica

<i>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</i>	<i>Localización</i>
<i>Tema</i>	<i>Subtemas</i>
<i>Ideas Principales</i>	<i>Palabras Claves</i>
<i>Resumen 250 palabras</i>	<i>Objeto de Estudio: Descripción y Delimitación del Problema, Contexto del Estudio, Objetivos. Analizar viabilidad, importancia y claridad en la sustentación.</i>
<i>Teorías en las que se apoya el estudio</i>	<i>Metodología</i>
<i>Notas con página</i>	<i>Comentarios sobre la nota</i>
<i>Gráficos</i>	<i>Mapa conceptual</i>
<i>Reflexiones académicas y aportes</i>	<i>Firma y Fecha</i>

Anexo 3 Formato matriz bibliográfica

MATRIZ BIBLIOGRÁFICA									
Base de datos consultada	Tipo de documento consultado	Título	autor	Tema	Idioma	Año	País	Ubicación	Categoría teórica

MATRIZ BIBLIOGRAFICA

Base de datos consultada	Tipo de documento consultado	Título	autor	ESPECIALIDAD DEL AUTOR	Tema	Idioma	Año	País	ciudad	tipo de investi	clasificacion	CLASIFICACION
SCIELO	revista	Efecto del programa de habilidad de cuidado para cuidadores familiares de niños con cáncer	Gloria Mabel Carrillo*, Lucy Barrera Ortiz, Beatriz Sánchez Herrera, Sonia Patricia Carreño y Lorena Chaparro Díaz	Grupo de cuidado al paciente crónico y la familia, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia	evaluar la efectividad del programa "Cuidando a los cuidadores*" para desarrollar habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de niños con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología	español	2014	COLOMBIA	Bogota	cuantitativo	experimental	Rev Colomb Car
fisica	revista	El cuidado como vínculo especial de confianza	Martha Esperanza Galindo	enfe especialista en oncología, terapia enterostomal	analizar los enfoques teórico conceptuales de la disciplina de Enfermería vista como cuidado a través de una "Situación de Enfermería"-	español	2014	COLOMBIA	Bogota	cuantitativo	narrativa	Actual. Enferr 2014;17(3):31-
fisica	revista	Intervención de Enfermería en Pacientes con Cáncer de Próstata en una Clínica de Patología Prostática -	Diana Castelblanco Hernández	enfermera especialista en audiotia clinica	Para evaluar el rol del profesional en enfermería en pacientes con cáncer de próstata es necesaria una mirada global al rol de la	español	2010	COLOMBIA	Bogota	cuantitativo		Actual. Enferr 2010;13(2):30-
fisica	revista	Implementación del Programa Cuidando a los Cuidadores para Familiares de Personas	María Cristina Franklin Mancilla	enfermera especialista en oncología	diseñar e implementar el Programa Cuidando a los Cuidadores® en el Instituto Nacional de Cancerología,	español	2014	COLOMBIA	Bogota	cuantitativo		Revista de Actualizaciones en Enfermería Vol. 17 No. 4
scielo	revista	Mujeres con cáncer de seno: experiencias y significados	María Mercedes Lafaurie, Luisa Fernanda Rodas R., Yuri Silva A., Nora Adriana Soto V Jasson Choachi S., Ángela Patricia	estudiantes de enfermería	Mediante la construcción de historias de vida, el estudio revela que los diagnósticos en varios de estos casos fueron tardíos y que	español	2011	COLOMBIA	Bogota	cuantitativo	narrativa	Revista Colombiana de Enfermería • Volumen 7 Año
SCIELO	revista	PERCEPCIONES SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN POBLACIÓN MASCULINA MAYOR DE 45 AÑOS. SANTA ROSA DE CABAL, 2010	María Nely Muñoz Astudillo* Luis Alfredo Sossa Pinzón** Jhon Jairo Ospina** Adrián Grisales** José David Rodríguez García**	Grupo de Investigadores de Enfermería de Risaralda	identificar las creencias sobre el cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años, residentes en el municipio de Santa Rosa de Cabal, con el fin de orientar acciones de promoción y prevención	español	2011	COLOMBIA	Pereira	cuantitativo	descriptivo	Promoción de l Salud, Volumen 16, No.2, julio-diciembre 2011 págs. 147-161
scielo	revista	Autobarreras* de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama	Grey Yuliet Ceballos-García Clara Victoria Giraldo-Mora	docente UDEA	describir las barreras que impiden a las mujeres con cáncer de mama (CaMa) acceder a los servicios de salud y adoptar hábitos favorables	Español	2011	Colombia	medellin	cuantitativo	teoria fundamentada	Equichan, AÑO -VOL. 11 Nº2 - CHÍA, COLOMBIA AGOSTO 2011

Anexo 4. Consentimiento informado

Certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de la presenta investigación, actúo consciente, libre y voluntariamente, no obtendré o daré algún apoyo económico por ser participante de la investigación.

Se me ha informado que los datos obtenidos serán manejados con toda confidencialidad, mis respuestas no serán reveladas y en ningún informe del estudio se me identificara en forma alguna.

Se me ha notificado que no voy a sufrir algún daño y que puedo retirarme del estudio o rehusarme a responder alguna pregunta si es mi deseo, sin que eso implique consecuencias o represarías en mi contra.

De igual forma, entiendo que si en cualquier momento me surge alguna duda respecto a la investigación o mis derechos como participante, será aclarada por la investigadora principal.

Anexo 5. Aval del Comité de Ética de investigación de la facultad de Enfermería

Acta N° CEI-FE 2017-26

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Constituido por Resolución de Consejo de Facultad No.644 de agosto 20 de 2004.

Lugar y fecha: Medellín, Junio 7 de 2017.

Nombre del proyecto: Competencias del profesional de enfermería en el cuidado a pacientes con cáncer.

Nombre del investigador: Estudiante de la Maestría en Enfermería, Sandra Isabel Soto Arroyave. Asesor: Juan Guillermo Rojas

El Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia luego de revisar el proyecto de investigación con fundamento en los requerimientos de las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud, (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia), las normas internacionales que regulan la ética de la investigación (Declaración de Helsinki, 2008; Pautas de la CIOMS, 2002) y los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación clínica (Ezequiel Jonathan Emanuel), conceptúa lo siguiente:

• Criterios para la conducción responsable de la investigación:

1. Asociación colaborativa: No aplica
2. Validez científica: estudio cuantitativo de diseño descriptivo transversal.

Se diseñó un instrumento tipo cuestionario para la revisión por expertos y posterior aplicación entre profesionales de enfermería con desempeño en esta área. El

Anexo 6. Instrumento Competencias del profesional de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer

Gracias por su participación en este estudio que tiene como propósito describir y analizar las competencias de los profesionales de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer.

Los datos obtenidos serán manejados con total confidencialidad y con fines netamente académicos.

Tenga en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas; se trata de conocer lo que usted hace y sabe en el desempeño de su práctica cotidiana en el cuidado al paciente con cáncer. Asegúrese de responder a cada uno de los ítems.

Este cuestionario consta de dos partes, en la primera se consignan los datos generales (sociodemográficos) y en la segunda parte, se describen las competencias.

I. DATOS GENERALES

Responda, o marque con una X según el caso.

1. Sexo

Masculino Femenino

2. Edad

_____ (En años cumplidos)

3. Indique el tipo de institución donde labora, según su razón social

Pública

Privada

4. Años de experiencia profesional en el área de cuidado al paciente con cáncer.

_____ (Número de años)

5. Seleccione los servicios en los que ha laborado

- Hospitalización hematología
- Hospitalización oncología
- Hemato-oncología pediátrica
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Cuidados paliativos
- Otro Cuál _____

6. Indique el más alto nivel de estudios obtenido o alcanzado

- Profesional - universitario
- Especialización
- Maestría
- Doctorado

Título obtenido _____

II. DESCRIPCIÓN DE LAS COMPETENCIAS

A continuación, se le presentan algunos ítems que describen las competencias (conocimientos, actitudes y valores) que se requieren para el desempeño profesional en un área de cuidado al paciente con cáncer.

Para la calificación de los ítems tenga en cuenta la frecuencia con la que realiza la actividad, según la siguiente escala.

1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Casi siempre. 4. siempre

N.A: No es aplicable a su práctica.

	DESCRIPCIÓN DE LA COMPETENCIA	1	2	3	4	N. A
	EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD					
1	Realizo una valoración física inicial exhaustiva al paciente centrándome en los síntomas que presenta.					
2	Identifico en el paciente y su familia condiciones de comorbilidad.					
3	Valoro cómo puede afectar el proceso de la enfermedad y la respuesta de la persona y/o la familia a la misma.					
4	Tengo en cuenta datos clínicos relevantes como signos vitales, resultados de laboratorio, perfil farmacológico, del paciente.					
5	Valoro los posibles cambios físicos agudos y crónicos a la respuesta del individuo a la enfermedad.					
6	Realizo seguimiento para detectar tempranamente la presencia de síntomas y efectos de los tratamientos.					
7	Analizo críticamente los datos obtenidos de las evaluaciones de los síntomas para planificar, implementar y evaluar intervenciones de enfermería durante proceso de tratamiento de la enfermedad.					
	EVALUACION PSICOSOCIAL, ESPIRITUAL Y CULTURAL					
8	Realizo una valoración psicosocial, espiritual y cultural que incluye las respuestas individuales y familiares al cáncer, sus principales preocupaciones, sentimientos, temores, metas y comprensión del pronóstico.					
9	Valoro las necesidades de apoyo e información de la persona y familia.					
10	Exploro y documento el impacto y el significado de la enfermedad en el individuo y familia, sus sistemas de apoyo, teniendo en cuenta sus circunstancias actuales de vida y su visión de la calidad de vida.					
11	Conozco y respeto las prácticas religiosas y espirituales de la persona y familia que le resulte útil en tiempos de crisis.					
12	Conozco y respeto las influencias culturales que se relacionan con la experiencia de la enfermedad, el tratamiento, los mecanismos de afrontamiento.					
	SALUD SEXUAL					
13	Evalúo la comodidad y la voluntad del paciente y su pareja para discutir el impacto de los cambios en la salud sexual.					

14	Evalúo la comprensión de los posibles o probables cambios en la fertilidad y la necesidad de la planificación familiar durante el tratamiento.					
15	Evalúo los cambios en la salud sexual como resultado de los síntomas, la enfermedad, el tratamiento y el impacto en el paciente y su pareja.					
16	Evalúo los cambios en la imagen corporal, las relaciones personales, la intimidad y la autoestima y su impacto en el paciente y su pareja.					
RELACIONES DE APOYO Y TERAPEUTICA						
DESCRIPCIÓN DE LA COMPETENCIA		1	2	3	4	N. A
17	Resuelvo temores, preocupaciones al generados por la enfermedad y por los diferentes tratamientos					
18	Utilizo habilidades de comunicación que incluyen clarificación, reflexión, exploración, preguntas abiertas para facilitar la expresión de preocupaciones, sentimientos y el significado de la experiencia de la enfermedad.					
19	Conozco las respuesta individual y familiares a los cambios generados por el cáncer e intervengo apropiadamente					
20	Identifico a los individuos y familias que requieren atención de apoyo psicosocial y espiritual y se remiten de manera oportuna					
MANEJO DE SINTOMAS, TRATAMIENTO Y EFECTOS SECUNDARIOS DEL CANCER						
Entiendo el proceso de la enfermedad, pronóstico, presentación clínica, factores de riesgo y tratamientos en relación con la siguientes enfermedades prevalentes en adultos						
21	Cáncer de mama					
22	Cáncer de cérvix					
23	Cáncer gástrico					
24	Cáncer de pulmón					
25	Cáncer colorectal					
26	Cáncer de próstata					
Entiendo el proceso de la enfermedad, pronostico, presentación clínica, factores de riesgo y tratamientos en relación con la siguientes enfermedades prevalentes en niños						
27	Leucemias					
28	Linfomas					
29	Tumores cerebrales					
30	Tumor wilms					

31	Tumores de tejidos blandos					
MODALIDADES DE TRATAMIENTO: CIRUGIA						
32	Reconozco el papel desempeñado por la cirugía en el diagnóstico y tratamiento del cáncer					
33	Educo al paciente y familiares sobre los resultados de los efectos secundarios de la cirugía.					
34	Planifico, implemento y realizo seguimiento a las intervenciones basadas en la evidencia de manera continua con el fin de minimizar complicaciones pos quirúrgicas					
35	Anticipo de forma rápida los cambios en la situación de salud del paciente en el servicio de cirugía para prevenir complicaciones a corto y largo plazo de la cirugía.					
MODALIDADES DE TRATAMIENTO: QUIMIOTERAPIA						
DESCRIPCIÓN DE LA COMPETENCIA		1	2	3	4	N. A
36	Demuestro una comprensión de las clasificaciones, los mecanismos de acción, las indicaciones y los efectos secundarios de los agentes quimioterapéuticos.					
37	Demuestro comprensión de las normas y pautas relacionadas con los principios de manejo seguro y administración de la quimioterapia.					
38	Educo al paciente y su familia sobre los efectos secundarios inmediatos y tardíos de la quimioterapia.					
39	Planifico, implemento y realizo seguimiento a las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia de manera continua para disminuir la severidad de los efectos secundarios de la quimioterapia.					
40	Aplico los conocimientos teóricos a la práctica clínica en el servicio de quimioterapia.					
41	Anticipo de forma rápida los cambios en la situación de salud del paciente en el servicio de quimioterapia para prevenir complicaciones a corto y largo plazo de la quimioterapia.					
MODALIDADES DE TRATAMIENTO: RADIOTERAPIA						
42	Demuestro una comprensión del mecanismo de acción, los principios y el propósito de los diversos tipos de radioterapia.					
43	Demuestro comprensión de las normas relativas a las medidas de protección contra las radiaciones, la manipulación y eliminación seguras de las fuentes radioactivas.					
44	Educo al paciente y su familia acerca de los efectos secundarios inmediatos, tempranos y tardíos de la radioterapia.					

45	Planifico, implemento y evaluó intervenciones de enfermería basadas en la evidencia de manera continua para disminuir la severidad de los efectos secundarios y las complicaciones a corto y largo plazo de la radioterapia.					
46	Aplico los conocimientos teóricos a la práctica clínica en el servicio de radioterapia.					
47	Anticipo de forma rápida los cambios en la situación de salud del paciente en el servicio de radioterapia para prevenir complicaciones a corto y largo plazo de la radioterapia.					
MODALIDADES DE TRATAMIENTO: BIOTERAPIA/HORMONOTERAPIA						
48	Demuestro una comprensión, los principios, indicaciones, clasificación y mecanismo de acción de la bioterapia/hormonoterapia.					
49	Demuestro comprensión de las normas y pautas relacionadas con los principios de manejo seguro y administración de la bioterapias/hormonoterapia.					
50	Brindo educación al paciente y su familia acerca de los efectos secundarios inmediatos, tempranos y tardíos bioterapias/hormonoterapia.					
51	Planifico, implemento y evaluó intervenciones de enfermería basadas en la evidencia de manera continua para disminuir la gravedad de los efectos secundarios de la bioterapias/hormonoterapia					
TRASPLANTE DE CELULAS HEMATOPOYETICAS						
DESCRIPCIÓN DE LA COMPETENCIA		1	2	3	4	N. A
52	Demuestro comprensión de los principios, cuidados e indicaciones para los pacientes candidatos o que son sometidos a trasplantes de células hematopoyéticas					
53	Demuestro comprensión de las normas relacionadas con los principios de colección, manipulación segura, crio preservación, infusión y eliminación de células hematopoyética para el control de riesgos del procedimiento de trasplante en todas sus fases.					
54	Educo al paciente y su familia acerca de los efectos secundarios inmediatos tempranos y tardíos de los trasplantes de células hematopoyéticas.					
55	Planifico, implemento y evaluó intervenciones de enfermería basadas en la evidencia de manera continua para disminuir la severidad de los efectos secundarios y las complicaciones a corto y largo plazo de los trasplantes de células hematopoyéticas					
OTRAS TERAPIAS						
56	Entiendo el papel de las prácticas de cuidado de salud complementarias y alternativas en el manejo del cáncer.					
57	Entiendo el uso de todas las modalidades de tratamiento en la paliación de pacientes con enfermedad avanzada.					

MANEJO DE SINTOMAS Y EFECTOS SECUNDARIOS						
58	Aplico el conocimiento sobre el tipo del cáncer, etiología de los síntomas, complicaciones del tratamiento para anticipar efectos secundarios del tratamiento, para prevenir o minimizar los problemas o síntomas cuando ocurren.					
59	Anticipo, planifico, implemento acciones para intervenir eficazmente en el tratamiento de efectos secundarios y manejo de síntomas.					
60	Utilizo enfoques no farmacológicos basados en la evidencia en el tratamiento de los efectos secundarios del tratamiento y síntomas del cáncer.					
61	Utilizo principios de enseñanza eficaz para asegurar que los pacientes y sus familias entiendan los efectos secundarios y el manejo de los síntomas del tratamiento.					
62	Brindo educación al paciente y su pareja para los posibles cambios en el funcionamiento o desempeño sexual y otros efectos secundarios que se pueden experimentar como resultado de la enfermedad y tratamiento.					
63	Brindo educación al paciente y su pareja sobre posibles cambios en la imagen corporal y en la autoestima.					
64	Brindo asesoría para abordar los cambios en la salud sexual que el paciente y su familia han identificado como preocupación.					
	DESCRIPCIÓN DE LA COMPETENCIA	1	2	3	4	N. A
	EMERGENCIAS ONCOLÓGICAS					
	Entiendo el proceso de la enfermedad, progresión, pronóstico, presentación clínica (signos y síntomas) factores de riesgo y tratamientos estándar en relación en el Cuidado de las siguientes emergencias oncológicas:					
65	Paciente con Compresión de medula espinal					
66	Paciente con Síndrome de vena cava superior.					
67	Paciente con Taponamiento cardiaco neoplásico.					
68	Paciente con Síndrome de Lisis tumoral.					
69	Paciente con Neutropenia febril/sepsis.					
	USO SEGURO DE DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS, TECNOLOGIA					
70	Entiendo los problemas de seguridad asociados con los dispositivos técnicos utilizados en el tratamiento del cáncer, como son dispositivos de acceso venoso central, infusores, bombas de infusión.					
71	Conozco las normas, leyes y decretos vigentes para el adecuado manejo y desempeño de una unidad oncológica					

72	Evalúo y anticipo los problemas asociados con los dispositivos y educo al paciente y su familia sobre el auto cuidado relacionado con estos dispositivos.					
-----------	---	--	--	--	--	--

Si considera necesario ampliar o justificar la respuesta dada en alguno de los ítems anteriores puede utilizar este espacio.
