



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



## Vivencias de mujeres con cáncer de mama: una investigación-cuidado

Patrícia Peres de Oliveira<sup>1</sup>, Aryanne Gabrielle Policarpo<sup>1</sup>,  
Liziane Martins da Silva<sup>1</sup>, Edilene Aparecida Araújo da Silveira<sup>1</sup>,  
Andrea Bezerra Rodrigues<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de São João del-Rei

<sup>2</sup> Universidade Federal do Ceará

### RESUMEN

**Objetivo:** conocer la vivencia de mujeres con cáncer de mama, basándose en la Teoría del Cuidado Transpersonal, y realizar el cuidado educativo de esas mujeres, mientras emergía el significado expresado en los discursos, mediado por la investigación-cuidado. **Método:** estudio cualitativo, con 19 mujeres atendidas en una asociación de apoyo a personas con cáncer, realizado de septiembre/2015 a junio/2016 en Minas Gerais, Brasil. Para la recopilación de las informaciones se utilizó la entrevista y la observación participante; el análisis de los elementos se basó en el análisis temático. **Resultados:** el análisis resultó en tres categorías principales: favorecimiento de creencias y manutención de la fe y la esperanza; impresiones sobre el cuidado recibido; y el enfermero en el proceso del cuidado educativo. Se realizó un cuidado humanizado y educativo, con orientaciones y educación en salud, lo que posibilitó el soporte del proceso salud-enfermedad-tratamiento de las mujeres investigadas-cuidadas. **Conclusión:** se promovieron las acciones fundamentadas no solo en el conocimiento científico, sino en el cuidado transpersonal con interacción e intercambio entre el ser-investigado y el ser-investigador.

**Descriptor:** Neoplasias; Enfermería; Salud de la Mujer.

## INTRODUCCIÓN

La neoplasia maligna de mama es el cáncer más incidente y la segunda causa de óbito de mujeres en todo el mundo<sup>(1)</sup>. En Brasil, las estimativas para el año 2016 indican que 57.960 casos nuevos de neoplasia maligna de mama femenino serán detectados. A pesar de que en la mayoría de los casos, se considera un cáncer con buen pronóstico, si se diagnostica y se trata precozmente, la neoplasia maligna de mama todavía está relacionada a una alta tasa de mortalidad en este país<sup>(2-3)</sup>.

La mujer que recibe el diagnóstico de neoplasia maligna de mama, comúnmente, se queda desbastada, debido al miedo de las mutilaciones y los tratamientos agresivos, o por el miedo a morir o por las pérdidas en el contexto social, económico y psicológico, lo que muchas veces realmente sucede<sup>(4-5)</sup>. Las personas con cáncer de mama necesitan de apoyo emocional y algunas veces, basta una palabra de conforto, un abrazo, un poco de atención o solo alguien que les escuche sus miedos, dudas o perspectiva de vida, es decir, un cuidado humanizado<sup>(1,3)</sup>.

En ese ángulo, la humanización es un proceso complejo, que abarca diferentes prototipos de la comprensión de los trabajadores, con sus creencias y valores, para poder cambiar su comportamiento. En las relaciones y en la intersubjetividad existe un proceso único, no marcado por generalizaciones, ya que diferentes trabajadores, equipos e instituciones tendrán procesos diferentes para obtener las aptitudes para realizar el cuidado humanizado<sup>(6)</sup>.

Cuando entra en el ambiente de los establecimientos de salud, el trabajador necesita buscar artificios para cuidar con empatía y creatividad. Por eso, es necesario comprender el sentido del cuidado y la subjetividad que involucra este proceso, atendiendo especialmente el universo de la persona con cáncer, preservación

de su mundo particular y de sus necesidades de bienestar.

Delante de este contexto, se optó por aprender la vivencia de las mujeres con neoplasia maligna de mama, con base en la Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson, para posibilitar el cuidado de la mujer con cáncer desde el punto de vista del enfoque educativo. Las prácticas educativas necesitan ser vistas como formas no solo de la humanización del cuidado, sino como una solución que propicia que las mujeres se concienticen sobre sus derechos, estimulando su participación como sujetos del cuidado.

La teoría de Watson considera la intersubjetividad enfermero-cliente/paciente, a partir del concepto de que existe influencia de un individuo sobre el otro; ella está centralizada en los principios humanísticos del cuidado, contemplando la persona en las dimensiones psicobiológica, social, espiritual y cultural<sup>(6-8)</sup>.

Teniendo en cuenta la complejidad de la temática y la subjetividad que envuelve tener una neoplasia maligna de mama y el cuidado humanizado, se cuestionó: ¿Cómo es la vivencia de mujeres con cáncer de mama delante del proceso salud/enfermedad/cuidado? ¿Cuáles son los cuidados educativos que favorecen que la mujer comprenda la enfermedad y su tratamiento?

Para responder eso, fue necesario determinar los siguientes objetivos: conocer la vivencia de las mujeres con cáncer de mama, con base en la Teoría del Cuidado Transpersonal, y realizarle el cuidado educativo, mientras emergía el significado expresado en los discursos, mediado por la investigación-cuidado.

## MÉTODO

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo y cualitativo; se utilizó el referencial

metodológico de la investigación-cuidado (IC) y las presuposiciones de la Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson<sup>(6-8)</sup>.

Al final de la década de 1970, Jean Watson desarrollo los *carative factors*, los cuales fueron revisados y publicados en el año de 2008<sup>(7)</sup>. Los 10 ítems de cuidados (*carative factors/caritas processes*)<sup>(7-8)</sup> están descritos en la Figura 1.

Los *caritas processes* permitieron comprender la persona en su dimensión metafísica, direccionar el concepto de *healing* (cura) y considerar la intersubjetividad enfermero-cliente, a partir del concepto de que existe influencia de una persona sobre otra<sup>(6-8)</sup>.

La IC busca la relación entre cuidado y método, no constituyendo esto el foco central, sino, la persona investigada en su esencia integral. Es más que accionar el desvelamiento y los descubrimientos a través del método, es un iluminar desde la perspectiva del íntimo de la persona, enfocando su existencia, sus posibilidades, o sea, la esencia de la experiencia<sup>(9)</sup>.

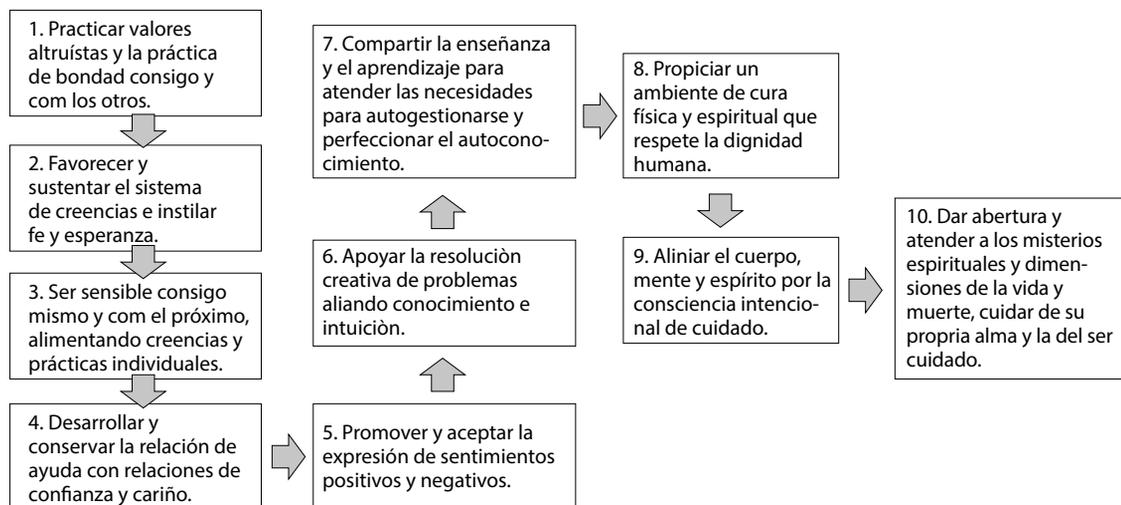
Para realizar la investigación-cuidado, se debe recorrer cinco etapas sucesivas: aproximación al objeto de estudio; encuentro de la investigadora-cuidadora con el ser investigado-cuidado; establecimiento de las conexiones de la investigación, teoría y práctica del cuidado; separación del ser investigador-cuidador y el ser investigado-cuidado; análisis de lo aprendido<sup>(9-10)</sup>.

### Aproximación al objeto de estudio

Esta aproximación se realizó a partir del desarrollo de estudios en una asociación de apoyo a personas con cáncer de un municipio de Minas Gerais, Brasil debido a la experiencia como enfermera e investigadora.

La elección del referencial metodológico atendió a los propósitos del estudio, ya que permitió que, además de la investigación, se desarrollaran las acciones del cuidado. En la revisión de la literatura se discutió sobre el impacto

**Figura 1.** Representación diagramática basada en los 10 ítems de cuidados (*carative factors/caritas processes*), referente a mujeres con cáncer de mama. Minas Gerais, Brasil, 2016.



Fuente: Elaborado por las autoras y adaptado de Watson J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Revised edition. Colorado (USA): University Press of Colorado; 2008.

de la neoplasia maligna de mama en la persona con la enfermedad y su familia; el cuidado de enfermería ofrecido a la mujer con cáncer de mama; la Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson y la IC de la teoría a la práctica. Dichas discusiones permitieron la aproximación al objeto y delimitar y analizar el conocimiento para certificar los propósitos del estudio.

Con base en la muestra de conveniencia, se adoptó como criterio de selección: mujeres con edad superior a 18 años, portadoras de cáncer de mama registradas en una asociación de apoyo a la persona con cáncer de Minas Gerais, escenario de la investigación, en cualquier fase del tratamiento de la neoplasia. Los criterios de exclusión fueron: mujeres imposibilitadas de participar de todas las etapas de la IC e incapacidad de comprender y/o responder a las cuestiones propuestas, debido a deficiencia intelectual.

Encuentro con el ser investigado-cuidado

El encuentro inicial ocurrió en una asociación de apoyo a personas con cáncer de Minas Gerais o en el domicilio de la participante. Primeramente, se realizó un contacto informal, con el fin de verificar la disponibilidad para hacer parte de la investigación; posteriormente, cada entrevista fue marcada, con fecha y horario escogidos por las participantes. Las investigadas-cuidadas fueron 19 mujeres con neoplasia maligna de mama. El acompañamiento y el cuidado de enfermería se realizaron de modo presencial, mediante las necesidades emergidas en cada contacto, y abarcó las actividades como entrevistas, orientaciones, esclarecimientos de dudas y valoración.

Las percepciones sobre las dudas y las necesidades de las mujeres, y las conductas de enfermería tomadas se registraron en el diario de campo y sometidas al análisis temático. Las notas contenidas en ese diario se utilizaron en este artículo para representar las inferencias surgidas a partir del análisis de los datos. Antes

del inicio de las entrevistas propiamente dichas, se recolectaron algunos datos de identificación de las mujeres: edad, protocolo de tratamiento, estado civil, ocupación actual, tipo de residencia local y soporte para tratamiento.

Se destaca que se realizaron cuatro encuentros presenciales con los investigados-cuidados. El período de realización de la IC fue entre septiembre de 2015 a junio de 2016. El Comité de Ética de la Universidad Federal de São João del-Rei, aprobó el estudio conforme parecer número 1.164.766. Y se firmó el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, quedándose una vía firmada con la investigadora responsable y otra con la investigada-cuidada.

### *Establecimiento de las conexiones de la investigación, teoría y práctica del cuidado*

Esta tercera fase fue determinante para el éxito de la aplicación del método IC, pues se relaciona a la articulación entre la investigación (método de la investigación-cuidado), el referencial teórico (Teoría del Cuidado Transpersonal) y la práctica (el cuidado educativo). Por tanto, posibilitó la aproximación del ser investigador-cuidador con el ser investigado-cuidado para la realización de las entrevistas. Seguidamente, se definieron las prioridades del cuidado, que fueron pensadas en común acuerdo entre las participantes de la investigación. El cuidado se estableció de distintas maneras: oyendo, estimulando, orientando y explicando.

Para alcanzar los objetivos del estudio, se escucharon a las mujeres sin la interferencia de las investigadoras-cuidadoras, registradas por un grabador digital. Las estrategias usadas, para alcanzar los objetivos fueron: la realización de entrevistas, según el instrumento elaborado por las autoras, la observación participante mientras los cuidados se realizaban y los registros en el diario de campo.

Las investigadas-cuidadas sugirieron la elaboración de manuales educativos, donde se priorizasen las necesidades de las clientes, y no exclusivamente las exigencias terapéuticas. Después de conocerse esta realidad y con base en las informaciones fornecidas por las investigadas-cuidadas, se elaboró, inicialmente, tres manuales educativos (cuidados después de la cirugía de mama con vaciamiento axilar; cuidados para personas usando antineoplásicos/quimioterapia para cáncer de mama; y orientaciones para personas haciendo radioterapia para el cáncer de mama), que están en proceso de validación cuanto a la forma y contenido, para su posterior utilización. Se cree, que las mujeres, con todas las informaciones se sentirán más seguras al tomar la decisión sobre los procedimientos necesarios durante los tratamientos.

#### *Separación del ser investigador-cuidador y el ser investigado-cuidado*

Esta etapa exigió la sensibilización de las investigadoras-cuidadoras y del ser investigado-cuidado, para poder lidiar con la finalización de los encuentros terapéuticos. De ese modo, durante toda la trayectoria metodológica, las mujeres bajo tratamiento fueron preparadas para el fin del acompañamiento.

#### *Análisis de lo aprendido*

En esta fase, las informaciones procedentes de las entrevistas se transcribieron en la íntegra, momento que precedió la verificación de los elementos, que fue pautada por el análisis temático – forma de reconocimiento de patrones dentro de los datos, en que los temas que emergen se forman en categorías<sup>(11)</sup>. En esta valoración, existen múltiples formas de abordajes, entre los que se destacan, la deductiva, fundamen-

tada en patrones de códigos anticipadamente determinados, conocidos como *template*, y la inductiva, conducida por los datos. En este estudio, el método escogido fue un modelo híbrido, o sea, incorpora tanto la deductiva como la inductiva<sup>(11)</sup>. De esta manera, inicialmente se analizan los datos inductivamente, generando códigos y temas iniciales, y en seguida, se emplea el *template*, con la finalidad de identificar unidades de texto significativas, también de manera deductiva.

Para mantener el respeto a los preceptos de la ética en investigación que involucran a seres humanos, las investigadas-cuidadas fueron identificadas por el término IC, seguido del número del orden de entrada de cada entrevistada.

## **RESULTADOS**

Las 19 investigadas-cuidadas tenían entre 42 y 77 años de edad, con media de 57 años. La mayoría estaba casada, cuatro mujeres se declararon solteras, tres se afirmaron viudas y las otras tres estaban divorciadas. Cuanto a la ocupación, siete mujeres se declararon jubiladas y las otras 12 tenían un trabajo fijo. Todas las entrevistadas vivían en área urbana, con acceso a agua por tubería y saneamiento básico. Entre ellas, 17 vivían en casa propia y dos en casas cedidas.

Todas las participantes fueron sometidas a cirugía durante el tratamiento, siendo que diez mujeres hicieron cuadrantectomía y nueve fueron sometidas a mastectomía de una de las mamas, con retirada de los ganglios linfáticos axilar; 15 mujeres realizaron quimioterapia y radioterapia adyuvantes y tres hicieron solo radioterapia adyuvante a la cirugía. En relación a los cuidados recibidos, o sea, la utilización de servicios de salud, 15 personas utilizaron exclusivamente los servicios disponibles por el Sistema Único de Salud, en los tres niveles de atención.

La captura del conocimiento sobre la vivencia de las mujeres con cáncer de mama ocurrió a partir del discurso de las investigadas-cuidadas, posteriormente dividido en tres categorías principales: favorecimiento de creencias y manutención de la fe y la esperanza, impresiones sobre el cuidado recibido y el enfermero en el proceso del cuidado educativo.

Favorecimiento de creencias y manutención de la fe y la esperanza

El respeto a la creencia del otro, la manutención de la fe y de un ambiente de cura física y espiritual que respete la dignidad humana son elementos esenciales para mantener la aproximación entre el enfermero y la persona con neoplasia maligna de mama y son principios del *clinical caritas processes* de Watson. Mostrarle a la mujer que el profesional de enfermería estará siempre presente, haciendo lo mejor, demuestra la importancia de asegurar la presencia de una persona comprometida en todos los momentos, como descrito en las declaraciones a seguir:

Tuve experiencias de personas con fe. La fe, solamente la fe, la cura viene por la fe y solamente Dios puede curarte. Hubo personas que me hablaron, las enfermeras. (IC12).

Hablaban que quien tenía fe le ayudaba mucho. Yo soy católica, entonces le pedía mucho a Dios para que ayudara a los médicos, colocaba a Dios delante de todo, en la hora de la cirugía y también en el tratamiento... en la quimio yo decía: "Oh Dios, no deja que me sienta mal, no me lleve y tráeme sin pasar mal". (IC15).

Decían que Dios estaba en el control, con fe todo pasa. (IC10).

Oración y fe son importantes para la recuperación. (IC9).

Hay que tener fe... hay que creer que un día eso va a pasar. Hay que creer en eso, que Dios nos ampara; no podemos pensar que está todo perdido. (IC11).

Siempre hablaban de Dios y en la importancia de la fe y yo siempre tuve fe. Hablaban siempre y más aún, que las enfermeras conocieron a mi madre, porque ella se había muerto allá. Entonces, ellas siempre intentaban animarme y decían que cada caso es un caso... colocar en la mano de Dios y tener fe, que todo dará cierto. (IC18).

La enfermera siempre me animó... siempre fueron humanas conmigo y con todos y siempre me estimularon cuando yo rezaba durante el tratamiento. (IC19).

### *Impresiones sobre el cuidado recibido*

Según evidenciado, las mujeres valoraron la calidad del cuidado, a partir del grado de confianza y afinidad con la enfermera, del auxilio y cuidado durante el tratamiento, de las habilidades para lidiar con personas con cáncer, del apoyo y empatía, del fornecimiento de orientaciones sobre la enfermedad y el tratamiento, conforme los trechos de los relatos a seguir:

Muchas veces me ayudaban a ir al baño, cuidaban el catéter, orientaban a evitar infección. (IC1).

Estaba próxima. Esperaba que me tranquilizara antes de colocar la qui-

mioterapia, se quedaba siempre conversando conmigo. Eso fue más que creativo, fue humano. (IC19).

La enfermera me apoyó en todo. (IC13).

Todo viene desde la acogida que tuve por la enfermera, todo gracias al cariño que ellos tuvieron conmigo... fui muy bien tratada, tan bien cuidada que no tuve como sentir dolor. (IC7).

Cuidado demás, con la higiene, con cariño, con la gente, siempre a disposición. Nota 10! Muy bueno. (IC4).

Yo quería morir, no quería vivir... las muchachas (enfermeras) fueron a mi casa, conversaron y después pasó. Yo vi que vencía, vi que sobrevivía. (IC10).

Siempre fue muy atenta, tan solícita, siempre que me necesité ella estaba allí. (IC5).

Las enfermeras eran siempre cariñosas con todos; a pesar del corre corre, ellas siempre nos daban atención cuando las llamábamos. (IC18).

### *El enfermero en el proceso del cuidado educativo*

La mayor parte de las investigadas-cuidadas demostró la necesidad de tener mayores informaciones por escrito sobre la enfermedad y la terapéutica, a través de manuales y orientaciones. Algunas no se refirieron directamente a la necesidad de informaciones, sino que demostraron desconocimiento, como se verifica en los discursos a seguir:

Orientó todo el tiempo sobre todo, hasta cómo proceder dentro del baño hasta en locales con mucha gente, entonces no tuve problemas. (IC14).

La enfermera... era maravillosa, ella me orientaba, sanaba mis dudas. Yo le preguntaba lo que podía hacer después de la cirugía, ella me dijo que podía hacer todo... yo soy la misma persona. (IC19).

Siempre orientando, siempre con cariño, conmigo y con los otros. (IC3).

En la radioterapia me dijeron que tenía que ir siempre a todas las sesiones, no podía faltar. Las marcas de tinta en la piel no eran para sacarla con jabón, proteger el área de la luz solar, usar blusas, ropas cómodas de algodón y anchas, evitar calor del fogón, no tener contacto con personas gripadas, eso me dijeron en la quimio y en la radioterapia. Comer siempre algo ligero, evitar sobrecargar el estómago, pero siempre mantenerme alimentada. Del lado izquierdo no puedo más retirar cutícula, no dejar que me cojan la vena. (IC18).

Sentí falta de manuales con orientaciones, tenía dudas en casa, los fines de semana. (IC8).

Solo faltó que entregaran por escrito todas las informaciones que pasaban. (IC17).

Al establecer la verdadera conexión con el ser cuidado, se instauró la necesidad de proporcionarles informaciones a las personas bajo cuidado, para que ellas pudieran gestionar su propio tratamiento y desempeñar el autocono-

cimiento de sus competencias. Por tanto, la falta de utilización de manuales educativos, fundamentados científicamente como estrategia de educación en salud, constituye una laguna del cuidado.

A lo largo de los encuentros, las investigadas-cuidadas participaron activamente de la elaboración de los tres manuales educativos mencionados anteriormente.

## DISCUSIÓN

A partir del análisis de los resultados, se pudo aprender que el cuidado de la mujer con neoplasia maligna da mama fue considerado como positivo y las investigadas-cuidadas consideraron el cuidado como humanizado. Se recogieron relatos, donde esas mujeres dijeron que la humanización está basada en el cuidado; muchos autores afirman que la humanización no es algo que ocurre de forma automática sino que tiene que ser aprendida, fomentada y practicada<sup>(13-15)</sup>.

Entonces, reconocer a las mujeres investigadas-cuidadas, en el contexto de sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales, exigió que las investigadoras-cuidadoras realizaran constantes reflexiones y capacitaciones, capaces de ofrecer resultados favorables y soluciones creativas y con enfoque humanístico delante de los problemas, como componentes del proceso de cuidar<sup>(10,14)</sup>.

La percepción de las mujeres entrevistadas sobre el cuidado humanizado trajo elementos fundamentales para las relaciones humanas, relacionados al *clinical caritas processes* de Watson<sup>(7)</sup>, como la acogida, la valorización de las creencias, instilación de la fe y de la esperanza, de la comunicación, del apoyo y el intercambio de la enseñanza/aprendizaje<sup>(8,15)</sup>, es decir, recurrir a la fe y a la esperanza para aliviar las angustias

derivadas de la enfermedad de cáncer, por la oración tener un significado científico y espiritual<sup>(15)</sup>.

En el presente estudio, al reflexionarse sobre el cuidado a partir de la Teoría del Cuidado Transpersonal, las investigadas-cuidadas relataron que los enfermeros demostraron habilidades para lidiar con las personas con cáncer, ofreciéndoles apoyo, demostrando empatía y dándoles orientaciones sobre la enfermedad y su terapéutica. Los discursos corroboraron con la literatura, que afirma que tanto los clientes como los enfermeros se benefician con una atención humanizada, porque la comunicación es un intercambio que causa el crecimiento de ambos para la vida<sup>(8,14)</sup>.

El referencial teórico de Watson tiene como principios la interactividad, la comunicación asertiva y la intersubjetividad en el momento del cuidado. Para esto, el enfermero necesita unirse a la persona que cuida, en una relación que junta el todo<sup>(14-15)</sup>. Se entiende que el cuidado no debe ser exclusivamente fundamentado en el conocimiento científico, sino también estar envuelto por los preceptos éticos, religioso, para evitar el empirismo<sup>(3,13)</sup>. Incluso para elaborar su plan de cuidados, el enfermero necesita explorar su propia creatividad al proponer intervenciones que faciliten la vivencia del tratamiento de la mujer con cáncer de mama, considerando la realidad de cada una.

El proceso de intercambio y la empatía favorecen el cuidado: la interacción se mostró una importante herramienta para la construcción de los manuales de orientaciones y el diálogo fue esencial para establecer interacciones horizontales y simétricas entre las investigadoras-cuidadoras y las mujeres participantes del estudio, ya que se basó en la confianza y en la libertad de expresión.

El cuidado, mediante la valorización del vínculo, con el reconocimiento de sí y del otro, fue explanada por los participantes de esta in-

investigación, lo que está en consonancia con el *clinical caritas processes*<sup>(7)</sup> y también promovió la consolidación del trabajo con el intercambio de experiencias entre las mujeres y las investigadoras-cuidadoras. El cuidado humano envolvió la consciencia del profesional, la intencionalidad, la veracidad la franqueza, mediante la utilización del *self*, perfilando el contexto del otro, aprendiendo oscilaciones, sentidos, sonidos, expresiones, tonos y formas, a través de las cuales, la investigada-cuidada transmitió y reflexionó su propia condición y necesidad<sup>(8,13)</sup>.

Cuidar de forma humanizada solo es posible con intercambio, con relación interpersonal y conociendo al otro. El respeto al ser humano es un aspecto esencial del cuidado humanizado. Atender las necesidades del ser cuidado, creer en su capacidad de desarrollo y de crecimiento es fundamental para un cuidado humanizado, basado en el respeto a las necesidades individuales y con fe en las potencialidades del ser cuidado<sup>(3)</sup>. El apoyo emocional, sumado al cuidado educativo, además de haber favorecido el bienestar de esas clientes, estimuló su cooperación y la corresponsabilidad en el cuidado/tratamiento.

En los relatos de las mujeres entrevistadas, las investigadoras-cuidadoras demostraron respeto a la individualidad, pensamiento holístico para la asistencia, con visita domiciliaria a la investigada-cuidada más fragilizada y con desesperanza, extrapolando la rigidez de las rutinas y funciones que envuelven el encuentro de cuidado, de acuerdo con uno dos elementos del *carative factors*, que se expresa en la ayuda a las necesidades, con consciencia intencional de cuidado, administrando el cuidado humano esencial<sup>(6-8)</sup>.

Se destaca que al aproximarse a la mujer con neoplasia maligna de mama que será cuidada, se hace oportuno reconocer que es importante que el aprendizaje sea más amplio que una simple oferta de informaciones, hechos o datos

y sea más un intercambio, para viabilizar una relación subjetiva interpersonal en su esencia, lo que afecta la forma y el contexto del proceso de cuidar de la mujer.

En este estudio, la mayoría de las investigadas-cuidadas relató ser imperativo tener mayores informaciones por escrito sobre la enfermedad/tratamiento. Se cree que la educación es un momento del proceso de humanización, pues se trata de un mediador entre la mujer con cáncer de mama y el enfermero, para ayudarla a alcanzar la estabilidad perdida delante de la ocurrencia de la transición de salud-enfermedad. Dicho aspecto es discutido en el *carative factors* referente a la importancia de compartir la enseñanza y el aprendizaje, con el fin de atender las necesidades de la persona cuidada.

Estudios señalan que un material impreso puede facilitar el entendimiento de los clientes, familiares, cuidadores y de las otras personas que se relacionan con las mujeres con neoplasia maligna de mama, ya que puede tener un alcance mayor y ser más presente en la situación de cuidado de que la resultante de orientaciones meramente verbales. Además, puede ofrecer alternativas para muchas dificultades enfrentadas después de la cirugía para tratar el cáncer de mama, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, terapia endócrina y técnicas biológicas<sup>(16-17)</sup>. Otras investigaciones destacaron que la carencia de conocimiento, dificultad de memorización y vulnerabilidad de la clientela son algunos de los elementos que justifican el incremento de tecnologías educativas que dinamicen las actividades de cuidado (individuales o grupales), haciéndose relevantes e imprescindibles<sup>(17-18)</sup>, como por ejemplo los manuales de orientación para clientes y familiares.

El cuidado educativo es un recurso con doble utilidad: le sirve al cliente, instrumentalizándolo para el cuidado de sí y para el ejercicio de la ciudadanía, y le sirve al enfermero, por favorecer

la conquista de espacio en el contexto profesional. Se puede utilizar como forma de interacción entre el enfermero y el cliente<sup>(3-5)</sup>, ya que objetiva capacitar al cliente para la decisión y la responsabilidad, y esto sucede en la discusión concreta de la realidad y de los problemas vivenciados por ella. La participación de la cliente en el cuidado educativo se efectúa por la comunicación, o sea, en el intercambio entre el enfermero y el cliente, en la interacción entre las partes.

El cuidado, principalmente el cuidado educativo, sirve de instrumento de transformación como intercambio de informaciones de forma simple, comprensible, verdadera, respetosa, pero adecuado a la capacidad de discernimiento y comprensión del ser cuidado, facilitando su crecimiento, concientización y ejercicio de la ciudadanía<sup>(8,12-13)</sup>. El humanismo pregona que información, decisión y responsabilidad deben ser compartidas entre el ser cuidado y el cuidador.

La preparación para realizar el autocuidado y la promoción de salud va más allá de meras informaciones; es necesario empoderar al ser cuidado. Por eso, en lo que se refiere al encargo de la elaboración de intervenciones para el cuidado, el establecimiento de un proceso de conocimiento es imprescindible, para el incremento del trabajo educativo con los individuos involucrados, en la búsqueda de mejor calidad de vida<sup>(16)</sup>.

Por todo eso, se cree que los manuales de orientación para las personas con neoplasia maligna de mama, después de validados, ayudarán en la elucidación de las dudas más recurrentes de las mujeres, aparte de proporcionarles mayor conocimiento a ellas y a sus familiares sobre todos los tratamientos y favorecer el entendimiento de las posibles complicaciones. Todo eso permite que las mujeres con cáncer de mama y sus familiares tengan mayor seguridad al enfrentar esa nueva fase de vida, mediante informaciones basadas en evidencias científicas.

En el cuidado transpersonal, tanto el enfermero como la persona bajo sus cuidados son sujetos de ese vínculo. Ellos se transforman y son transformados durante la realización del acompañamiento. Entonces, el enfermero debe adoptar la utilización de estrategias adecuadas a cada circunstancia<sup>(14)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Este estudio tuvo implicaciones positivas para el cuidado de enfermería, por posibilitar la implementación del modelo teórico-metodológico propuesto por Jean Watson, con relación al acompañamiento de la mujer con neoplasia maligna de mama, adscrita a un abordaje innovador, la IC. De esta manera, comprender las vivencias de mujeres con cáncer de mama representó un desafío, que fue suplantado con dedicación y esfuerzo. Se promovieron acciones fundamentadas no solo en el conocimiento científico, sino también en el cuidado transpersonal en una relación de interacción e intercambio entre el ser-investigado y el ser-investigador.

De acuerdo con lo evidenciado, la teoría transpersonal de Jean Watson demostró afinidad con el objetivo del estudio, mostrándose, más que una teoría de enfermería, un modo de ser con el otro, involucrando proximidad, compromiso, empatía e interacción: la búsqueda continua por la autonomía y valorización de la persona.

La aplicabilidad de la Teoría del Cuidado Transpersonal permite que el enfermero que actúa en sectores oncológicos, sea ambulatoria, o en unidades de internación y radioterapia, comprenda mejor la experiencia de la mujer con cáncer de mama y al mismo tiempo, favorece la visión del cuidado humanístico. Por tanto, como una propuesta de humanización para realizar el cuidado de la persona con cáncer de mama, los

enfermeros pueden aplicar los elementos del proceso *Clinical Caritas*, que es capaz de amenizar el sufrimiento de esas mujeres y reducir sus miedos y dudas.

Se cree que los enfermeros pueden utilizar los resultados de este estudio como subsidio para planificar el cuidado de las mujeres con neoplasia maligna de mama y de su familia.

La limitación de este estudio está relacionada al hecho de haber sido realizado con mujeres con cáncer de mama de un único estado de la federación, de modo que sus conclusiones retratan una realidad específica, mostrando la vivencia desde una única perspectiva. Caso se realice en otras realidades, podrá elucidar nuevas facetas de mujeres con neoplasia maligna de mama.

## CITAS

1. Prolla CMD, Silva PS, Netto CBO, Goldim JR, Ashton-Prolla P. Knowledge about breast cancer and hereditary breast cancer among nurses in a public hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 Feb[cited 2016 Sep 04]; 23(1): 90-97. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/0104-1169-rlae-23-01-00090.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativas 2016: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016. [cited 2016 Sept 03]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>.
3. Oliveira PP, Gesteira ECR, Silveira EAA, Amaral L, Moreira MMC, Rodrigues AB. Evaluation of families with two or more mastectomized women: a case study. *Online Braz J Nurs* [internet]. 2016 Mar[cited 2016 Sept 03]; 15(1):83-95. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5231/html>
4. Barros AG, Melo MCP, Santos VEP. Meanings attributed to cancer by a group of women. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(1):129-33.
5. Oliveira PP, Maia LN, Resende MS, Macedo RS, Rodrigues AB, Aguiar MIF. Use of the Calgary Family Assessment Model in structural, developmental and functional assessment of the family of mastectomized women with breast cancer. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(4): 661-69
6. Santos MR, Silva L, Misko MD, Poles K, Bousso RS. Unveiling humanized care: nurses' perceptions in pediatric oncology. *Text Context Nursing*. 2013;22(3): 646-53.
7. Norman V, Rossillo K, Skelton K. Creating Healing Environments Through the Theory of Caring. *AORN J*. 2016 Nov;104(5):401-09.
8. Olive Ferrer MC, Isla Pera MP. Watson's Model of Caring for a new paradigm in nursing care. *Rev Enferm*. 2015 Feb;38(2):43-8.
9. Zagonel IPS, Neves EP, Marques KMAP, Iamin SRS, Victor LS. Pesquisa-cuidado da teoria à prática. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. *Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde da teoria à prática*. Porto Alegre (RS): Moriá; 2016. p. 215-50.
10. Ponte KMA, Silva LF, Aragão AEA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Clinical nursing care to comfort women with acute myocardial infarction. *Text Context Nursing*. 2014; 23(1):56-64.
11. Vogt WP, Vogt ER, Gardner DC, Haeffle LM. *Selecting the Right Analyses for Your Data: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. New York: Guilford Publications; 2014
12. Favero L, Pagliuca LMF, Lacerda MR. Transpersonal caring in nursing: an analysis grounded in a conceptual model. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013[cited 2016 June 12];47(2):500-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/32.pdf>.
13. Borges MS, Santos DS. Caring field: a quantum and transpersonal approach to nursing care. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2013[cited 2016 June 23];12(3):608-13. Available from: [http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n3/en\\_26.pdf](http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n3/en_26.pdf).
14. González-Hernández OJ. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3a versión". *Aquichan*. 2015;15(3): 381-392.
15. Rabelo ACS, Silva LF, Guedes VC, Pon KMA, Silva FVF. Experiences of mothers of children living with cardiopathies: a care research study. *Online*

- Braz J Nurs [internet]. 2012 Dec[cited 2016 Sept 03]; 11(3):683-700. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3828>.
16. Gozzo TO, Lopes RR, Prado MAS, Cruz LAP, Almeida AM. Informações para a elaboração de um manual educativo destinado às mulheres com câncer de mama. Esc. Anna Nery. 2012 June[cited 2016 Sep 05]; 16(2):306-11.
  17. Teles LMR, Oliveira AS, Campos FC, Lima TM, Costa CC, Gomes LFS, et al. Development and validating an educational booklet for child-birth companions. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(6):977-84.
  18. Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LV, Santos MCL, Oliveira NR. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. Rev RENE. 2014;15(1):158-65.

---

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

Recibido: 08/11/2016  
Revisado: 03/07/2018  
Aprobado: 03/07/2018