

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

PERCEPTION OF NURSING CARE IN ONCOLOGY PATIENTS IN A
SECONDARY-LEVEL HOSPITAL

Raúl Eduardo Ramos Aguilar¹

¹Centro de Formación Profesional Buenavista S.C. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Correo electrónico: ruly_edwar@hotmail.com

Resumen

El cáncer constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su creciente incidencia, mortalidad y al impacto social que genera en los sistemas de salud. En este contexto, el cuidado de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención integral de los pacientes oncológicos, ya que articula la dimensión clínica con el acompañamiento emocional, social y espiritual. El objetivo del estudio fue analizar la percepción del cuidado brindado por el personal de enfermería durante la atención de pacientes oncológicos en un hospital de segundo nivel en San Luis Potosí. Se desarrolló un estudio cuantitativo con alcance exploratorio y diseño transversal. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado adaptado del instrumento de calidad del cuidado enfermero de Rojas Poma (2017), compuesto por once ítems agrupados en cuatro dimensiones: apoyo físico, psicológico, social y espiritual. Participaron 19 profesionales de enfermería seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Los resultados muestran que la dimensión mejor valorada fue el apoyo físico, con predominio de respuestas positivas relacionadas con el manejo del dolor y la información sobre procedimientos. En contraste, las dimensiones social y espiritual presentaron mayor dispersión en las respuestas, lo que evidencia áreas de oportunidad en la práctica profesional. Se concluye que el cuidado enfermero en oncología se orienta principalmente hacia la dimensión clínica, mientras que los componentes psicosociales y espirituales requieren fortalecimiento mediante programas de capacitación y estrategias institucionales de atención integral.

Palabras clave: enfermería oncológica; calidad del cuidado; percepción del cuidado; atención hospitalaria; cáncer.

Abstract

Cancer represents one of the major public health challenges worldwide due to its increasing incidence, mortality, and social impact on healthcare systems. In this context, nursing care plays a key role in the comprehensive management of oncology patients, integrating clinical treatment with emotional, social, and spiritual support. The aim of this study was to analyze the perception of nursing care provided to oncology patients in a secondary-level hospital in San Luis Potosí, Mexico. A quantitative exploratory study with a cross-sectional design was conducted. Data were collected through a structured questionnaire adapted from the nursing care quality instrument developed by Rojas Poma (2017), composed of eleven items grouped into four dimensions: physical, psychological, social, and spiritual support. Nineteen nursing professionals participated through non-probabilistic sampling. Results indicate that physical support was the most positively perceived dimension, particularly regarding pain management and patient information about procedures. In contrast, social and spiritual dimensions showed greater variability in responses, highlighting areas for improvement in professional practice. The findings suggest that nursing care in oncology remains predominantly focused on the clinical dimension, while psychosocial and spiritual components require strengthening through training programs and institutional strategies aimed at comprehensive care.

Keywords: oncology nursing; quality of care; perception of care; hospital care; cancer.

Introducción

El cáncer constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su creciente incidencia, mortalidad y a las implicaciones sociales y económicas que genera en los sistemas sanitarios. La Organización Mundial de la Salud estima que en 2020 se registraron cerca de diez millones de defunciones asociadas a esta enfermedad, siendo los tipos más frecuentes los cánceres de mama, pulmón, colon, recto y próstata. En México, la Secretaría de Salud reporta más de 195 000 casos nuevos cada año, lo que evidencia la magnitud del problema y la necesidad de fortalecer los servicios de atención oncológica.

La complejidad del cáncer implica que la atención del paciente no se limite a procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sino que incluya un enfoque integral que atienda dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. En este contexto, la enfermería desempeña un papel estratégico dentro de los equipos multidisciplinarios de salud, ya que acompaña al paciente durante todo el proceso de atención, desde el diagnóstico y tratamiento hasta los cuidados paliativos.

Diversos estudios han demostrado que la calidad del cuidado de enfermería influye directamente en la satisfacción del paciente, la adherencia terapéutica y la percepción de la calidad de los servicios hospitalarios. No obstante, también se han identificado retos importantes relacionados con la capacitación especializada, la carga laboral y las condiciones institucionales en las que se desarrolla la práctica profesional.

En este sentido, analizar la percepción del personal de enfermería respecto al cuidado que brinda a pacientes oncológicos permite identificar fortalezas y áreas de oportunidad que contribuyan al fortalecimiento de la calidad de la atención. Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar la percepción del cuidado brindado por el personal de enfermería durante la atención de pacientes oncológicos en un hospital de segundo nivel en San Luis Potosí.

El cuidado humano en oncología: fundamentos teóricos

El presente estudio se ancla en la teoría del cuidado humano transpersonal de Jean Watson (1979, 1988), marco que constituye uno de los referentes conceptuales más influyentes en la enfermería contemporánea y que subyace directamente al instrumento de Rojas Poma (2017) utilizado para la recolección de datos. Watson concibe el cuidado como el ideal moral de la enfermería. En sus propias palabras, afirma que “el cuidado humano ha de ser el ideal moral de enfermería y su compromiso personal y profesional tiene que ser el respeto a la dignidad humana y la preservación de la humanidad” (Watson, 1988, p. 89).

Esta formulación implica que el acto de cuidar trasciende la administración de tratamientos y procedimientos para convertirse en un encuentro genuinamente humano entre el enfermero o enfermera y el paciente oncológico.

Los Factores Caritativos/Procesos Caritas sirven como estructura y orden para una base teórico-filosófica de la disciplina y profesión de enfermería. Los ideales morales y los factores y procesos de cuidado propuestos fomentan la evolución y la profundización de la humanidad y sirven para sostener la humanidad; todos esos aspectos juntos sirven como una guía para la práctica profesional, así como también un esquema disciplinar para la Ciencia del Cuidado (Watson, 2007, pp. 134-135, traducción propia).

La pertinencia de este marco para el presente estudio radica en que los Procesos Caritas de Watson se articulan de manera directa con las cuatro dimensiones del instrumento empleado. El apoyo físico corresponde a la satisfacción de las necesidades biofísicas del paciente mediante el manejo de síntomas, el control del dolor y la información clínica. El apoyo psicológico se expresa en la relación de ayuda-confianza y en la atención a los estados emocionales del paciente ante el diagnóstico oncológico. El apoyo social implica la orientación al paciente y su familia sobre los recursos institucionales y redes de soporte disponibles. Y el apoyo espiritual reconoce la dimensionalidad trascendente del ser humano y la importancia de las creencias, valores y recursos de sentido en el afrontamiento de la enfermedad grave. Para Watson (1988), estas cuatro dimensiones no son compartimentos separados sino dimensiones interrelacionadas de un único proceso humano de cuidar.

Un segundo referente teórico que complementa el análisis es el modelo de calidad de la atención en salud de Donabedian (1990), quien define la calidad del cuidado como el grado en que los servicios de salud incrementan la probabilidad de lograr resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual. Desde esta perspectiva, la percepción del personal de enfermería sobre el cuidado que brinda constituye un indicador de proceso que permite aproximarse a la calidad real de la atención, identificar brechas entre el desempeño actual y el esperado, y orientar estrategias de mejora institucional. La integración de ambos marcos, el watsoniano y el donabediano, permite leer los hallazgos del presente estudio tanto desde la dimensión humanística del cuidado como desde la perspectiva de la calidad asistencial.

Metodología

El estudio se desarrolló bajo el **paradigma cuantitativo con alcance exploratorio y diseño transversal**. Este enfoque permitió evaluar de manera objetiva la percepción del personal de enfermería respecto al cuidado brindado a pacientes oncológicos.

La investigación se realizó en un hospital de segundo nivel de atención ubicado en la ciudad de San Luis Potosí, México. La población de estudio estuvo conformada por el personal de enfermería adscrito a las áreas de hospitalización, urgencias, quirófano y cuidados intensivos.

La muestra estuvo integrada por **19 profesionales de enfermería**, seleccionados mediante **muestreo no probabilístico**, considerando criterios de inclusión como contar con más de seis meses de experiencia laboral en el área hospitalaria y participar voluntariamente en el estudio.

La técnica de recolección de datos fue la **encuesta estructurada**, aplicada mediante un cuestionario adaptado del instrumento de calidad del cuidado enfermero de Rojas Poma (2017). El instrumento final estuvo compuesto por **11 ítems agrupados en cuatro dimensiones**:

- Apoyo físico.
- Apoyo psicológico.
- Apoyo social.
- Apoyo espiritual.

Las respuestas se registraron mediante una escala tipo Likert con cinco opciones: siempre, frecuentemente, a veces, poco y nunca.

El análisis de los datos se realizó mediante **estadística descriptiva**, incluyendo frecuencias y porcentajes. Los resultados se organizaron en tablas y gráficas comparativas para facilitar su interpretación.

La investigación se desarrolló respetando principios éticos fundamentales como la autonomía, la confidencialidad y el consentimiento informado de los participantes.

Resultados

Los resultados evidencian que la percepción del cuidado enfermero se distribuye de manera diferenciada entre las cuatro dimensiones analizadas.

Apoyo físico

Los resultados relacionados con el apoyo físico (**Tabla 1**) muestran que la mayoría del personal de enfermería percibe que posee las competencias necesarias para proporcionar cuidados clínicos adecuados al paciente oncológico. Entre los aspectos mejor valorados se encuentran:

- Información al paciente sobre procedimientos terapéuticos.
- Manejo del dolor.
- Conocimiento de fármacos y dispositivos invasivos.

Estos resultados coinciden con investigaciones que destacan la importancia del dominio técnico y clínico del personal de enfermería para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia del tratamiento oncológico (Valdespino-Gómez et al., 2006).

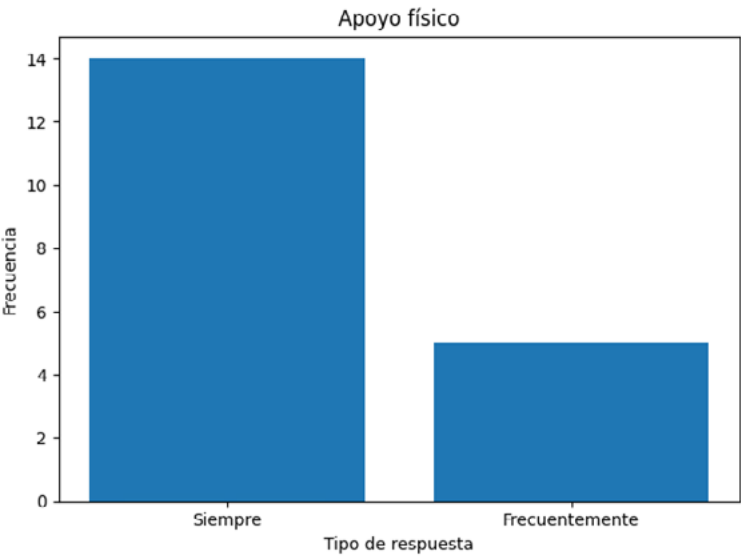
Tabla 1.
Percepción del apoyo físico en la atención oncológica.

INDICADOR EVALUADO	SIGNIFICADO CLÍNICO
Información sobre procedimientos.	Favorece la adherencia terapéutica.
Manejo del dolor.	Mejora calidad de vida.
Atención oportuna a síntomas.	Prevención de complicaciones.
Conocimiento farmacológico.	Seguridad del tratamiento.

Nota. Elaboración propia, 2026.

La **Figura 1** muestra que la mayoría del personal refiere informar siempre al paciente sobre los procedimientos que se le realizarán, lo cual refleja una adecuada comunicación clínica.

Figura 1.
Percepción del apoyo físico brindado por el personal de enfermería.



Nota. Elaboración propia, 2026.

La literatura señala que el control adecuado del dolor es uno de los componentes más relevantes del cuidado oncológico, ya que el dolor asociado al cáncer afecta de manera significativa la calidad de vida del paciente (Valdespino-Gómez et al., 2006).

Apoyo psicológico

En la dimensión psicológica se identificó que el personal de enfermería reconoce la importancia de proporcionar acompañamiento emocional (**Tabla 2**) tanto al paciente como a su familia.

Este resultado se explica porque el diagnóstico de cáncer genera múltiples respuestas emocionales, entre las que destacan ansiedad, miedo e incertidumbre, tanto en el paciente como en su entorno familiar (Gálvez-López et al., 2005).

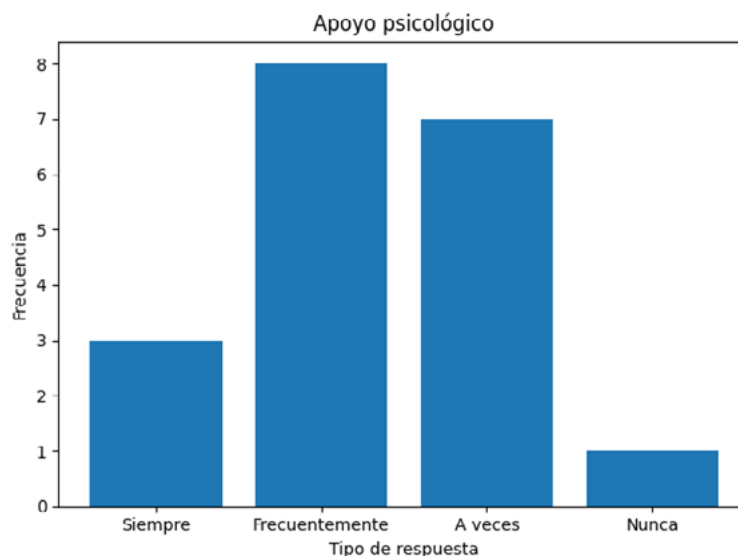
Tabla 2.
Componentes del apoyo psicológico en pacientes oncológicos.

ASPECTO	RELEVANCIA EN EL CUIDADO
Contención emocional.	Reduce ansiedad del paciente.
Orientación a familiares.	Facilita adaptación al tratamiento.
Comunicación terapéutica.	Fortalece la relación paciente-equipo de salud.

Nota. Elaboración propia, 2026.

En la **Figura 2** se observa que las respuestas se concentran en las categorías “frecuentemente” y “a veces”, lo que sugiere una práctica recurrente aunque con variabilidad en la seguridad profesional.

Figura 2.
Percepción del apoyo psicológico brindado por el personal de enfermería.



Nota. Elaboración propia, 2026.

La psicooncología ha demostrado que la información adecuada y el acompañamiento emocional pueden reducir significativamente los niveles de ansiedad durante la hospitalización (Gálvez-López et al., 2005).

Apoyo social

En relación con el apoyo social (**Tabla 3**), los resultados evidencian la necesidad de fortalecer la orientación a los pacientes y sus familias sobre los servicios disponibles dentro del sistema de salud. El cáncer constituye un problema de salud pública que implica una elevada carga social y económica para los sistemas sanitarios y las familias (Santillana-Hernández et al., 2017)

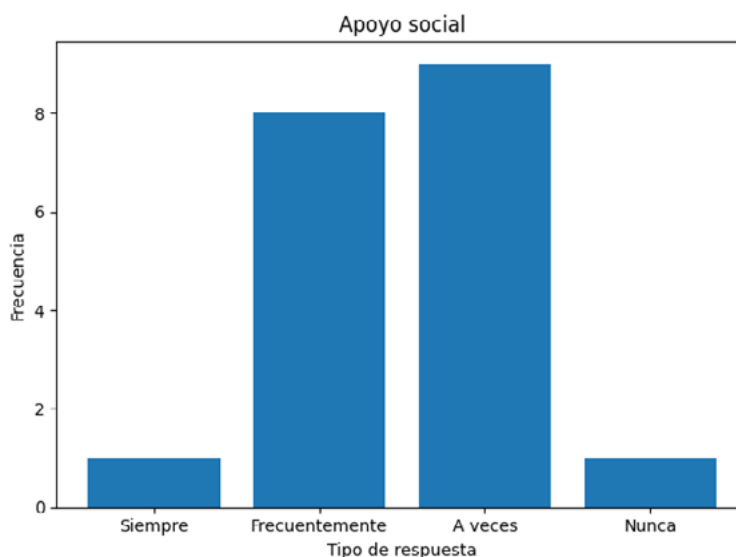
Tabla 3.
Elementos del apoyo social en la atención oncológica.

ELEMENTO	IMPACTO EN EL PACIENTE
Orientación sobre servicios de salud.	Acceso oportuno a tratamiento.
Consejería familiar.	Fortalece redes de apoyo.
Coordinación institucional.	Continuidad del cuidado.

Nota. Elaboración propia, 2026.

La mayoría del personal (**Figura 3**) reporta brindar orientación sobre servicios sociales de forma frecuente o ocasional.

Figura 3.
Percepción del apoyo social en la atención al paciente oncológico.



Nota. Elaboración propia, 2026.

El fortalecimiento de redes de apoyo social es fundamental para mejorar la adaptación del paciente al tratamiento y reducir el impacto psicosocial de la enfermedad.

Apoyo espiritual

Los resultados también muestran que el personal reconoce la importancia de atender las necesidades espirituales del paciente (**Tabla 4**), especialmente en contextos de enfermedad grave o terminal. La espiritualidad constituye un recurso significativo para afrontar la enfermedad, ya que permite al paciente encontrar sentido y esperanza durante el proceso terapéutico.

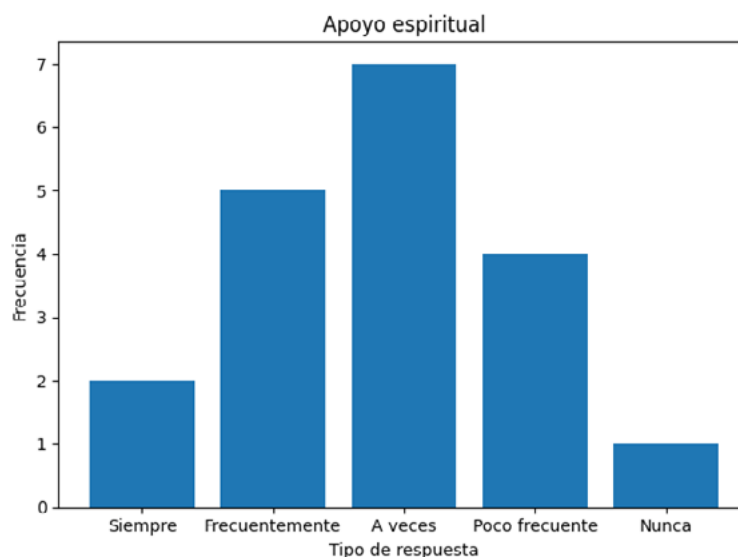
Tabla 4.
Dimensión espiritual del cuidado enfermero.

ELEMENTO	SIGNIFICADO EN EL CUIDADO
Respeto a creencias culturales.	Atención humanizada.
Apoyo espiritual.	Afrontamiento de la enfermedad.
Reconocimiento de valores personales.	Atención centrada en el paciente.

Nota. Elaboración propia, 2026.

Las respuestas muestran una distribución más dispersa (**Figura 4**), lo que sugiere que esta dimensión del cuidado aún no se encuentra plenamente sistematizada.

Figura 4.
Percepción del apoyo espiritual en la atención hospitalaria.



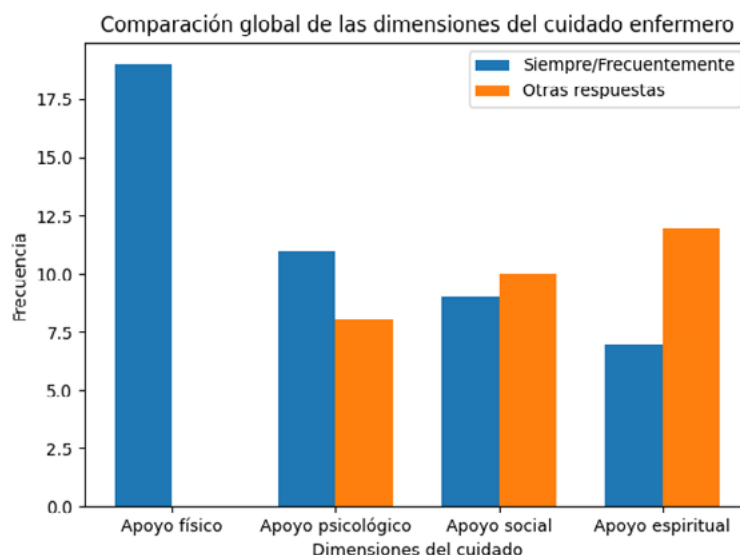
Nota. Elaboración propia, 2026.

En contextos culturales como el mexicano, las creencias religiosas y el apoyo familiar juegan un papel importante en la forma en que los pacientes enfrentan la enfermedad y las decisiones médicas (Mendoza-López et al., 2013).

La **Figura 5** muestra la distribución comparativa de las respuestas positivas (*siempre y frecuentemente*) frente a otras categorías de respuesta en las cuatro dimensiones evaluadas del cuidado enfermero.

Figura 5.

Comparación global de las dimensiones del cuidado enfermero en pacientes oncológicos.



Nota. Elaboración propia, 2026.

Estos resultados evidencian que:

- **Apoyo físico** presenta la mayor proporción de respuestas positivas (100 %), lo que sugiere una alta percepción de competencia técnica en el cuidado clínico.
- **Apoyo psicológico** muestra una tendencia favorable, aunque con mayor dispersión en las respuestas.
- **Apoyo social** refleja niveles intermedios de seguridad profesional para orientar a los pacientes sobre recursos institucionales.
- **Apoyo espiritual** presenta la menor proporción de respuestas positivas, lo que indica que esta dimensión del cuidado aún se encuentra menos integrada en la práctica hospitalaria.

En suma, el cuidado enfermero en el contexto hospitalario analizado se orienta principalmente hacia la **dimensión clínica del cuidado**, mientras que los componentes **psicosociales y espirituales** representan áreas de oportunidad para el fortalecimiento de la atención integral.

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten comprender la percepción del personal de enfermería respecto al cuidado brindado a pacientes oncológicos no solo como un conjunto de hallazgos aislados, sino como un patrón coherente que refleja la forma en que el sistema hospitalario jerarquiza las dimensiones del cuidado. Los hallazgos muestran que el apoyo físico constituye la dimensión mejor valorada, seguida del apoyo psicológico, el social y, finalmente, el espiritual. Esta gradiente decreciente no es azarosa: reproduce la escala de prioridades de los sistemas biomédicos contemporáneos, que privilegian la intervención técnica por encima de las dimensiones subjetivas e intangibles del cuidar. Desde la perspectiva de Donabedian (1990), esta distribución constituye en si misma un hallazgo de proceso: evidencia que la calidad percibida del cuidado no depende solo de las competencias individuales del personal, sino de las condiciones estructurales en que se ejerce la práctica y de los modelos institucionales que definen que vale la pena medir y reconocer.

La alta valoración del apoyo físico es coherente con la formación biomédica dominante en los programas de enfermería, que históricamente ha privilegiado el conocimiento clínico y farmacológico por encima del acompañamiento psicosocial. Las respuestas positivas relacionadas con el manejo del dolor, la información sobre procedimientos y la vigilancia de complicaciones coinciden con lo reportado por Valdespino-Gómez et al. (2006). Sin embargo, desde el marco de Watson (1988, p. 89), la centralidad del apoyo físico también puede leerse como la expresión del estado técnico de la enfermería en detrimento de su esencia humanística: el encuentro intersubjetivo genuino con el paciente como persona. Watson denominaba estado de la enfermería a la acumulación de tareas y procedimientos observables, y esencia del cuidado al proceso transpersonal que los trasciende. Los resultados del presente estudio sugieren que, en este contexto hospitalario de segundo nivel, el polo técnico sigue siendo dominante, lo que es esperable dado el tipo de formación y los incentivos institucionales vigentes, pero que debe leerse como una limitación a corregir y no como un estado natural de la profesión.

Los niveles intermedios de percepción en la dimensión psicológica constituyen uno de los hallazgos más relevantes, porque señalan una zona de tensión entre el reconocimiento del acompañamiento emocional como parte del rol enfermero y las condiciones reales para ejercerlo. El personal reconoce la importancia de contener emocionalmente al paciente oncológico —cuyo diagnóstico genera respuestas de ansiedad, miedo e incertidumbre ampliamente documentadas (Gálvez-López et al., 2005)— pero la variabilidad en sus respuestas sugiere que este reconocimiento no siempre se traduce en una práctica sistemática. Giraldo-Montoya y Mesa-Marín (2021) han identificado que los propios profesionales de enfermería oncológica enfrentan una elevada carga emocional derivada de la exposición cotidiana al sufrimiento y la

muerte, lo que puede generar mecanismos defensivos de distanciamiento, fenómeno conocido en la literatura como fatiga por compasión. Desde la teoría watsoniana, el cuarto y quinto Proceso Caritas —el desarrollo de una relación de ayuda-confianza y la expresión auténtica de sentimientos— son precisamente los que mayor resistencia encuentran en entornos de alta demanda asistencial, porque exigen una disponibilidad emocional que las condiciones laborales actuales no siempre protegen ni incentivan. Esto hace que el hallazgo sobre la dimensión psicológica sea, en realidad, un diagnóstico sobre las condiciones de trabajo del personal tanto como sobre su práctica con los pacientes.

La percepción moderada en la dimensión social del cuidado no refleja necesariamente una falta de voluntad del personal, sino la fragmentación estructural del sistema de salud mexicano, que dificulta la coordinación efectiva entre niveles de atención. De Santillana-Hernández et al. (2017) documentaron que, a pesar de los avances del programa OncoIMSS, persisten desafíos críticos en la integración de servicios y en la disponibilidad de personal especializado. En este sentido, el séptimo Proceso Caritas de Watson —la enseñanza y el aprendizaje transpersonal como parte del cuidado— requiere para su ejercicio que el personal cuente con un conocimiento actualizado y accesible de la red de servicios disponibles para el paciente oncológico y su familia, condición que las estructuras organizacionales actuales no siempre garantizan. La brecha entre el cuidado social ideal y el practicable es, en este caso, una brecha institucional antes que una competencia individual: el personal no puede orientar efectivamente a los pacientes sobre recursos que el propio sistema no articula de manera clara y accesible.

La dimensión espiritual, que obtuvo la menor proporción de respuestas positivas, concentra con mayor claridad la tensión central del estudio: la distancia entre el modelo holístico de Watson y las posibilidades reales de la práctica hospitalaria. Watson (1988) sitúa el acompañamiento espiritual —el reconocimiento y el respeto de las creencias, valores y necesidades existenciales del paciente— como uno de los pilares indispensables del cuidado humano, no como un complemento optativo reservado para las situaciones terminales. Los hallazgos sugieren, sin embargo, que este componente suele gestionarse de manera informal o delegarse a la familia y a redes comunitarias, lo cual es consistente con lo documentado por Mendoza-López et al. (2013) en el contexto mexicano. Esta delegación tiene una lógica cultural comprensible —el papel de la familia y la religiosidad popular como recursos de afrontamiento es sólido en contextos latinoamericanos—, pero no exime al sistema de salud de su responsabilidad en la sistematización del cuidado espiritual como componente clínico. La baja integración de esta dimensión es también un indicador de que los programas de formación en enfermería oncológica no han incorporado suficientemente las herramientas conceptuales y prácticas para que el personal atienda esta dimensión de manera segura, sistemática y sin conflictos de rol.

Considerados en conjunto, los cuatro hallazgos configuran un diagnóstico institucional que trasciende las percepciones individuales del personal: el hospital de segundo nivel analizado ofrece un cuidado técnicamente competente pero parcialmente humanizado. Esta brecha entre calidad técnica y calidad relacional-humana es precisamente la que Donabedian (1990) identificó como uno de los problemas estructurales de los sistemas de salud: los indicadores de proceso registran con mayor facilidad las intervenciones observables que los componentes intangibles del cuidado. El resultado es un sesgo sistemático en la evaluación de la calidad, que tiende a sobreestimar la dimensión técnica y a invisibilizar las dimensiones que Watson (2007, pp. 134-135) considera constitutivas de la Ciencia del Cuidado. Superar este sesgo no depende solo de la voluntad individual del personal ni de programas puntuales de capacitación, sino de transformaciones en los modelos de gestión hospitalaria que hagan medibles, evaluables e incentivables las dimensiones psicosociales y espirituales del cuidado mediante indicadores específicos, supervisión clínica con enfoque humanístico y espacios institucionales para la reflexión sobre la práctica.

La relación entre percepción del cuidado y condiciones laborales que emerge del análisis introduce una dimensión crítica que con frecuencia queda invisibilizada en los estudios sobre calidad del cuidado: la salud del cuidador. Tapia-Martínez et al. (2009) documentaron que niveles bajos de satisfacción laboral en servicios oncológicos se asocian con actitudes de distanciamiento que deterioran la calidad de la atención. Esta relación es bidireccional: el personal que no recibe condiciones institucionales para ejercer el cuidado integral tiende a circunscribir su práctica a las tareas técnicas más trazables y evaluables, lo que a su vez refuerza la percepción institucional de que las dimensiones psicosociales y espirituales del cuidado son secundarias. Este ciclo solo puede interrumpirse con intervenciones simultáneas en los dos extremos: mejorando las condiciones laborales del personal —carga de trabajo, supervisión clínica, apoyo psicológico institucional, reconocimiento profesional— y reformulando los criterios con los que las instituciones miden y valoran la calidad del cuidado enfermero.

Finalmente, los resultados del estudio refuerzan la pertinencia del modelo watsoniano como referente normativo para la enfermería oncológica en hospitales públicos mexicanos, pero también ponen de manifiesto la distancia que separa el ideal teórico de la práctica cotidiana. Esta distancia no es un fracaso del personal, sino un indicador de las condiciones sistémicas en las que trabaja. Avanzar hacia un cuidado oncológico que integre consistentemente las cuatro dimensiones identificadas en este estudio requiere políticas institucionales que reconozcan el cuidado humano —en la concepción de Watson (1988, p. 89)— como el ideal moral que ordena la totalidad de la práctica enfermera, y no solo como un valor declarativo en los documentos normativos. La formación especializada

con enfoque holista, la redistribución de la carga laboral y la construcción de indicadores de calidad que capturen las dimensiones intangibles del cuidado constituyen las tres líneas de acción más urgentes que se derivan de este análisis.

Conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la percepción del cuidado brindado por el personal de enfermería durante la atención de pacientes oncológicos en un hospital de segundo nivel en San Luis Potosí. A partir de los resultados obtenidos mediante el cuestionario aplicado, se puede afirmar que dicho objetivo se cumplió, ya que fue posible identificar la manera en que el personal de enfermería valora su propio desempeño en las dimensiones física, psicológica, social y espiritual del cuidado.

Los hallazgos muestran que el personal de enfermería percibe un mayor dominio en la dimensión física del cuidado, particularmente en aspectos relacionados con la atención clínica, el manejo de síntomas y la orientación al paciente sobre procedimientos terapéuticos. Sin embargo, también se identificaron áreas de oportunidad en las dimensiones psicológica, social y espiritual, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de capacitación que promuevan una atención más integral y humanizada en el ámbito oncológico.

Como reflexión final, este estudio reafirma la importancia de reconocer a la enfermería como un actor clave en la atención integral del paciente con cáncer, no solo desde la perspectiva técnica, sino también desde su papel como mediadora entre el conocimiento científico, las necesidades humanas del paciente y las dinámicas organizacionales del sistema de salud. Fortalecer la formación especializada, las condiciones laborales y los modelos de atención centrados en el paciente permitirá avanzar hacia una práctica de enfermería más completa, sensible y orientada a mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan esta enfermedad.

Referencias

- de Santillana-Hernández, S. P., García-Flores, M. T., Galván-Oseguera, H., Pérez-Rodríguez, G., & Martínez-Chapa, H. D. (2017). Diagnóstico situacional de la atención oncológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(3), 222–277.
- Gálvez López, A. B., Méndez Venegas, J., & Martínez López, C. (2005). Preparación psicológica basada en la información: Manejo de la ansiedad en pediatría oncológica. *Acta Pediátrica de México*, 26(1), 35–43.
- Giraldo-Montoya, D. I., & Mesa-Marín, A. (2021). Cuidar a personas con cáncer: Vivencias desde el afrontamiento en enfermeros. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 32–42. <https://doi.org/10.22463/17949831.3024>
- Mendoza-López, I., Virgen-Cuevas, M. M., & Pichardo-García, L. M. G. (2013). Influencia de los cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos terminales en la obstinación terapéutica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(2), 87–92.
- Secretaría de Salud. (2024). *México registra al año más de 195 mil casos de cáncer*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/294-mexico-registra-al-ano-mas-de-195-mil-casos-de-cancer-secretaria-de-salud>
- Tapia-Martínez, L., Hernández-García, M., & García-López, A. (2009). Satisfacción laboral del personal de enfermería en hospitales oncológicos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(1), 45–52.
- Valdespino-Gómez, V. M., López-Garza, J. R., González-Alemán, J. C., & Valdespino-Castillo, V. E. (2006). Atención de las emergencias y urgencias médico-quirúrgicas en un hospital oncológico. *Cirugía y Cirujanos*, 74(5), 359–368.
- World Health Organization. (2025). Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. National League for Nursing.
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(1), 129–135.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114(11), 1115–1118.