

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**Calidad de atención que brinda la enfermera y el nivel
de ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de
Medicina Paliativa y tratamiento del dolor en el INEN
- 2016**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

AUTOR

Monica Janeth Esteban Murillo

ASESOR

Humberto Lovon Chávez

Lima - Perú

2017

DEDICATORIA

A mis padres por haberme guiado en el
camino de la superación.

AGRADECIMIENTO

**A DIOS por ser mi guía
y amigo incondicional
en cada momento de mi
vida personal y
profesional.**

**A MI FAMILIA, porque son
la razón para seguir
adelante en mi labor
diaria.**

RECONOCIMIENTO

**A la institución INEN por las
facilidades otorgadas para la
Realización del presente estudio**

**A los servicios de Medicina
Paliativo y Tratamiento del
dolor por facilitarme el campo
de estudio.**

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RECONOCIMIENTO	III
INDICE	IV
INTRODUCCIÓN	V
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	9
1.2 Delimitación de la Investigación	11
1.1.1 Delimitación espacial	11
1.1.2 Delimitación Social	12
1.1.3 Delimitación Temporal	12
1.1.4 Delimitación Conceptual	12
1.3 Problemas de la Investigación	13
1.3.1 Problema Principal	13
1.3.2 Problema Secundarios	
1.4 Objetivos de la Investigación	14
1.4.1 Objetivo Principal	
1.4.2 Objetivo Secundarios	
1.5 Hipótesis y Variables de la Investigación	15
1.5,1 Hipótesis General	

1.5.2 Hipótesis General	
1.5.2 Hipótesis Especifico	
1.5.3 Variables de la Investigación	
1.6 Metodología de la Investigación	16
1.6.1 Tipo y Nivel de la Investigación	
a. Tipo de Investigación	
b. Nivel de la Investigación	
1.6.2 Método y Diseño de la Investigación	
a. Método de Investigación	
b. Diseño de la Investigación	
1.6.3. Población y Muestra	17
a. Población	
b. Muestra	
1.6.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	
a. Técnicas	
b. Instrumentos	
1.6.5. Justificación e Importancia	18
a. Justificación	
b. Importancia	
c. Limitación	
CAPITULO II MARCO TERICO	20
3.1 Antecedentes del problema	

3.2 Bases Teóricas

3.3 Definición de términos

CAPITULO IV. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS49

4.1 Análisis de Tablas y Gráficos

4.1.1 Distribución de la dimensión Humana, Pacientes oncológicos del
Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

4.2 Discusión de resultados

4.3 Conclusiones

4.4 Recomendaciones

4.5 Fuentes de Información

Anexos:

LISTA DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA N° 1: Distribución de la dimensión Humana, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

TABLA N° 2: Distribución de la dimensión Técnica, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

TABLA N° 3: Distribución de la dimensión Entorno, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

TABLA N° 4: Distribución de la variable calidad de atención, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

TABLA N° 5: Distribución de la variable Ansiedad leve, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

TABLA N° 6: Distribución de la variable Ansiedad moderada, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN

TABLA N° 7: Distribución de la dimensión Ansiedad severa, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN

TABLA N° 8: Distribución de la variable nivel de ansiedad, pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

TABLA N° 9: Prueba de normalidad de los datos de las variables y dimensiones

TABLA N° 10: Prueba de Spearman de la calidad de atención y nivel de ansiedad de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

TABLA N° 11: Prueba de Spearman de la calidad de atención y nivel de Ansiedad leve de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

TABLA N° 12: Prueba de Spearman de la calidad de atención y nivel de Ansiedad moderada de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los sistemas de prestación de salud en el mundo exigen la globalización y un mercado competitivo que busca mayor productividad y calidad, originando que en los últimos años se utilice el término cliente o usuario como sustituto de Paciente, dejándose de lado la relación enfermera - paciente que constituye el pilar primordial de toda atención de salud.

Las Reformas de Modernización del Sector Salud en nuestro país siguen esta misma dirección y con la finalidad de mejorar la calidad de la prestación de salud, se vienen realizando esfuerzos para mejorar la gestión, la normatización de los procedimientos médicos o quirúrgicos. Así mismo se está invirtiendo para mejorar la infraestructura de los Establecimientos de Salud y la adquisición de equipos sofisticados.

Sin embargo en este proceso de mejoramiento de la calidad no han sido considerados dos elementos indispensables para ofrecer servicios de salud con calidad: el Espíritu y la Doctrina.

En el equipo de salud; los profesionales de enfermería son un eslabón muy importante para prestar cuidados con una metodología propia: relación personal y permanente con los pacientes, identificando sus necesidades físicas, psicológicas y sociales, planificando actuaciones y con una observación constante de los resultados obtenidos.

Por lo tanto la calidad de atención de enfermería es el resultado de hacer lo correcto, en el momento oportuno escuchando sus inquietudes, aliviando las molestias y afianzando la confianza a través de la comunicación. Más aún cuando los pacientes necesitan cuidados paliativos.

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Desde la creación de nuestro Sistema Único de Salud en el país, ha sido motivo de preocupación el control de la calidad de los servicios de salud, estando siempre integrada la enfermera a los métodos aplicados. (Trincado Agudo & Fernández Caballero, 2005)

La enfermera incide en numerosos factores de la estructura y procesos en nuestros objetivos de calidad, los cuales se encuentran estrechamente vinculados; por lo que enfermería incide en los resultados del sistema de salud, al controlar el comportamiento de los factores de estructura y procesos, mediante instructivos elaborados al efecto, lo que a su vez utiliza en la retroalimentación del Sistema. Siendo con frecuencia valorados los resultados a través del impacto técnico (eficacia); el impacto social (efectividad) y el impacto económico (eficiencia). (Trincado Agudo & Fernández Caballero, 2005)

Todos los factores donde Enfermería participa en la calidad de atención se relacionan directamente con el cumplimiento de los objetivos sobre calidad del sistema de salud. (Trincado Agudo & Fernández Caballero, 2005)

El buen desempeño profesional tiene un impacto técnico y social; el uso eficiente de los recursos un impacto económico: garantizar el mínimo de daños y la satisfacción del paciente y familiares, ambos vinculados al impacto social del sistema. En la ejecución de todas las acciones de Enfermería, siempre que de calidad se trate, estará unida la actuación profesional, integralidad de procedimientos y la aplicación de la ética médica.

Por otro lado el término estrés se emplea, generalmente, refiriéndose a tensión nerviosa, emocional o bien como agente causal de dicha tensión. El estrés se ha concebido en ocasiones como respuesta general inespecífica, como acontecimiento estimulador, o como transacción cognitiva persona-ambiente. Actualmente, predomina un enfoque transaccional del estrés, tanto en el ámbito general como en el laboral. En este contexto, el estrés sería parte de un sistema de transacción complejo y dinámico, entre la persona y su entorno. (Rivera Domene, Cartagena de la Peña, & Reig Ferrer, 2013)

La presencia del dolor dentro de un proceso oncológico es variable, y depende del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como de la propia tolerancia individual al dolor de cada persona. Siendo el dolor un síntoma desagradable y de experiencia sensorial que generalmente se asocia con una lesión presente o potencial. (Médica, 2015)

Se calcula que el dolor es el síntoma principal en el 40% de los pacientes oncológicos en tratamiento y el 75% en enfermedad avanzada. Por ello, el alivio del dolor y los cuidados paliativos son prioritarios en el programa mundial del cáncer de la OMS (Médica, 2015).

Un promedio de 900 atenciones al mes realizan los especialistas del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del Instituto Nacional de

Enfermedades Neoplásicas (INEN), a pacientes que padecen algún tipo de cáncer asociado a manifestaciones de dolor. (INEN, 2014)

Cabe señalar, que el INEN ocupa lugares de vanguardia en el campo de la Medicina Paliativa y el Tratamiento del Dolor, llegando a establecer una escala del dolor al cual se le considera como un signo vital dentro de la historia clínica. (Vera, 2011)

Es por ello que los pacientes necesitan una atención de calidad, pero muchas veces dicha atención no suele ser de manera más idónea debido a la excesiva demanda; por ende la sobrecarga laboral al personal de salud. Y en consecuencia afectando la sensibilidad de los pacientes oncológicos, sumado a ello; la problemática de la institución, las largas jornadas laborales, la crisis de estrés que se vive día a día en el Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor me motiva a formular el siguiente problema.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1 Problema Principal

¿Cómo influye la calidad de atención del personal de enfermería en el nivel de ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016?

1.2.2 problemas Secundarios

- ¿Cómo influye la comunicación en el Nivel de Ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016?

-
- ¿Cómo influye la empatía que demuestra la enfermera en el Nivel de Ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN – 2016

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

a) Justificación

El cuidado paliativo es un abordaje holístico de atención médica que se enfoca en el tratamiento del dolor y los síntomas, y en mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades graves.

b) Importancia

Uno de los problemas que puede causar una enfermedad grave es el dolor. Nadie puede mirarlo y saber cuánto dolor siente. Sólo cada uno puede sentir y describir el dolor. El dolor que está siempre, o casi siempre, presente puede llevar a falta de sueño, depresión o ansiedad. Esto puede hacer que sea más difícil hacer cosas o ir a lugares, y que sea más difícil disfrutar de la vida. El dolor puede ser estresante para el paciente y su familia.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

Determinar la influencia de la calidad de atención en el nivel de ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

1.4.2. Objetivos Específicos

Valorar de qué manera la comunicación asertiva de la enfermera influye sobre el Nivel de Ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016?

Valorar de qué manera influye la empatía que demuestra la enfermera en el Nivel de Ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- RICO L., Javier; RESTREPO, Martha, MOLINA María. En su estudio: “ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD) EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON CÁNCER DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA DE COLOMBIA - 2005”. En este estudio se validó la versión española de la HAD y se evaluó su utilización como prueba de tamizaje para detectar desórdenes de ansiedad y depresión. Una vez adaptada la escala, se evaluaron sus propiedades psicométricas en un grupo de 89 pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (INC); además, se realizó una valoración psiquiátrica de acuerdo con los criterios del DSM-IV. La adaptación de la versión española de la HAD mostró buenas consistencia interna y validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .85 y la confiabilidad por mitades de .8. Un punto de corte de 8 para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión mostró una mayor

sensibilidad y concordancia de la HAD con la entrevista psiquiátrica. Se encontró una solución de dos factores que se corresponde con las dos subescalas de la HAD. Propiedades psicométricas más consistentes fueron constatadas al eliminar los ítems 8 y 9 de la escala. El cambio de estilo de vida y la separación del núcleo familiar son factores psicosociales relacionados con el diagnóstico. Las propiedades psicométricas y brevedad de la escala la hacen muy útil como prueba de tamizaje para problemas psicológicos en pacientes con cáncer.

- ROBLES, Rebeca; MORALES, Mónica, JIMENEZ, Luz Margarita, MORALES, Jaime. En su estudio: "DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: EL PAPEL DE LA AFECTIVIDAD Y EL SOPORTE SOCIAL EN EL CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD MÉXICO - 2005". OBJETIVO: Determinar la relación del perfil de afectividad y soporte social con la presencia y severidad de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama. MÉTODO: 235 mujeres con cáncer de mama. MÉTODO: 235 esencia y severidad de depresión y ansiedad en pacientes completaron medidas de depresión, ansiedad, afectividad y soporte social. RESULTADOS: Las variables predictoras de sintomatología depresiva fueron: afecto positivo en las últimas semanas, afecto negativo en las últimas semanas, número de personas que apoyan a la paciente, afecto negativo generalmente y tiempo de evolución de la enfermedad. Las variables que predijeron la sintomatología ansiosa: afecto negativo en las últimas semanas, afecto positivo en las últimas semanas, afecto negativo generalmente y número de personas que apoyan a la paciente. CONCLUSIONES: En congruencia con estudios previos que evalúan otro tipo de poblaciones, un bajo puntaje de afectividad positiva y una alta afectividad negativa explican la comorbilidad de depresión y ansiedad.

Además, se suma evidencia a la reportada relación entre estas entidades clínicas y el grado de apoyo social con que cuenta una paciente.

- PAYÁS PUIGARNAU; BARBERO GUTIERREZ; BAYÉS SOPENA; BENITO OLIVER; GIRÓ PARIS; MATÉ MENDEZ; RODELES DEL POZO; TOMÁS BRAVO. En su estudio: “¿CÓMO LOS PROFESIONALES DE PALIATIVOS LAS NECESIDADES ESPIRITUALES DEL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA? HOSPITAL JOAN MARCH MADRID 2008. Objetivo: obtener datos empíricos sobre la detección y atención de las necesidades espirituales en las unidades de cuidados paliativos españolas. Método: se ha diseñado un cuestionario anónimo ad hoc autoadministrado, del cual se han distribuido 1.200 ejemplares a través de la revista Medicina Paliativa a profesionales con experiencia paliativa de toda la geografía española. Los cuestionarios incluían cuestiones sobre la detección, valoración e intervención sobre necesidades espirituales de los pacientes al final de la vida. Se han recibido 202 cuestionarios cumplimentados correspondientes a una muestra de 72 médicos, 73 enfermeras y el resto psicólogos, trabajadores sociales, sacerdotes y voluntarios. Los datos han sido analizados cualitativamente mediante un análisis sistemático de contenido y cuantitativamente mediante análisis estadístico. Resultados: el ratio de retorno ha sido de un 17%. De los 202 cuestionarios analizados, un 31% de los participantes manifiesta tener bastante o mucha dificultad en la identificación de las expresiones de necesidades espirituales escuchadas a sus pacientes. El 28% expresa que todos o la mayoría de sus pacientes manifiestan preocupaciones espirituales, un 56% afirma que sólo una minoría de sus pacientes lo hace. Un 40% de los profesionales expresa que se siente con pocos o escasos recursos para responder a estas situaciones donde el enfermo expresa sufrimiento de origen espiritual. Un 23% manifiestan que los aspectos espirituales son tratados

regularmente dentro de las sesiones de trabajo del equipo multidisciplinar, mientras que un 63% expone que los mismos no se abordan nunca o prácticamente nunca en las sesiones clínicas del equipo. El 39% de los participantes expresa que siempre o casi siempre habla de la muerte con sus pacientes, sin embargo un 43% indica que no lo hace nunca o prácticamente nunca. Del análisis cualitativo, se propone una taxonomía con 12 tipos de necesidades existenciales-espirituales, basadas en las 463 expresiones textuales de los propios pacientes tal y como son recogidas por sus cuidadores. Esta categorización empírica ofrece pistas para estructurar la atención a la dimensión espiritual en los pacientes al final de la vida.

- QUINTANA DAMIAN, Carmen; HUAMANÍ QUINTANA, Claudio. En su estudio: “LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO, LURIGANCHO, CHOSICA, 2012”. El objetivo del estudio fue determinar la relación que existe entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción de las necesidades espirituales en los pacientes del servicio de emergencia del Hospital José Agurto Tello de Chosica. Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, porque asocia variables mediante un patrón pre- decible para un grupo o población. De corte trasversal. Se utilizó el muestreo no probabilístico, según criterios de inclusión, los cuales fueron: Pacientes adultos de ambos sexos hospitalizados en el servicio de emergencia y enfermeras que laboran en este servicio, teniendo una muestra de 40 pacientes y 40 enfermeras. Mediante la prueba de independencia chi cuadrado se llegó a la conclusión que no existe relación de asociación entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción de las necesidades espirituales de los pacientes en términos de (a) sentido de pertenencia, amor y respeto, (b) lo

divino, (c) positividad, gratitud, esperanza y paz, (d) significado y objetivo de la vida, (e) moralidad y ética, (f) reconocimiento de la belleza y (g) resolución ante la muerte. Llegando a la conclusión que cuanto más eficiente es la calidad del cuidado del profesional de enfermería no influye en nivel de satisfacción de las necesidades espirituales de los pacientes. Lo que no significa que el profesional de enfermería debe brindar calidad del cuidado espiritual hacia el paciente.

- VALLE, Rubén; ZÚÑIGA, Miguel; TUZET, Carolina; MARTINEZ, Carmen; DE LA JARA, Jesús; ALIAGA, Rolig; WHITTEMBURY, ÁLVARO. En su estudio: SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA – 2006”. Objetivos: Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y calidad de vida y sus asociaciones con el tiempo desde el diagnóstico y el estado menopáusico. Diseño: Estudio analítico, observacional y transversal. Lugar: Servicio de Oncología del Hospital Arzobispo Loayza. Participantes: Mujeres con diagnóstico clínico e histológico de cáncer de mama que acudieron para tratamiento con quimioterapia. Intervenciones: Se utilizó el inventario de depresión de Beck, la escala de calidad de vida de Mezzich y Cohen y un cuestionario demográfico. El análisis fue realizado con la prueba exacta de Fisher, t de student y regresión lineal. Principales medidas de resultados: Sintomatología depresiva, calidad de vida. Resultados: Se encuestó 24 pacientes, encontrándose una prevalencia de 38% de sintomatología depresiva y 38% de baja calidad de vida. No se halló asociación significativa de sintomatología depresiva y nivel de calidad de vida con alguno de los factores asociados, excepto en la relación de este último con el grado de instrucción de la paciente, con un OR de 11,2 (p= 0,047, IC 95%

0,99 a 125,6). Conclusiones: Se encontró una prevalencia de 38% de sintomatología depresiva y 38% de baja calidad de vida. El tiempo desde el diagnóstico y estado menopáusico no tuvieron una asociación significativa con la sintomatología depresiva y la calidad de vida. El único factor asociado significativamente con la calidad de vida fue el grado de instrucción.

- ROMERO, Ameri; LILIAM Claudia. En su estudio: “PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE MEDICINA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – 2008”. Tiene como objetivo determinar la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina, identificar la percepción que tienen los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería en las dimensiones interpersonal y de entorno (confort). El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra se obtuvo mediante el muestreo aleatorio simple conformado por 60 pacientes. El instrumento que se utilizó fue un formulario tipo cuestionario y tipo Escala de Lickert modificada, la técnica fue la entrevista.
- GUEVARA CHUQUILLANQUI, Lourdes Angélica. En su estudio: “CALIDAD DE LA INTERRELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE SEGÚN LA TEORÍA DE PEPLAU EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO – 2004” Hoy en día el Profesional de Enfermería tiene un papel clave en la gestión de la calidad en salud, porque mantiene el vínculo más estrecho con el paciente y la interrelación con todos los sistemas de salud, enfoques claves para la evaluación de dicha calidad. En tal sentido es necesario que el profesional de Enfermería brinde al paciente buenos cuidados

de enfermería entendiéndose esta con calidad tecnológica, científica y sobre todo humanística sin embargo, se observa con frecuencia en los servicios de hospitalización que la enfermera centra su cuidado en la satisfacción de las necesidades biológicas, dejando de lado las necesidades psicosociales, por este motivo se consideró necesario realizar el presente estudio titulado calidad de la interrelación enfermera - paciente, según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del hospital nacional dos de mayo, el cual tiene como objetivo determinar la calidad de la interrelación enfermera- paciente, según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las enfermeras asistenciales del servicio de cirugía H3, H4, 13 e 14, siendo un total de veinte. La técnica usada fue la observación directa a las enfermeras, las cuales fueron observadas en tres oportunidades. El instrumento utilizado fue la lista de cotejo el cual fue sometido a juicio de experto y prueba binomial se realizó el procesamiento de datos en función de la escala de medida a través del programa Microsoft Excel, se hizo uso de la campana de Gauss para evaluar la calidad de interrelación en función a niveles. La presentación de los datos se hizo por medio de tablas estadísticas. Los hallazgos más significativos fueron: La calidad de la interrelación enfermera paciente, según la teoría de Peplau es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación enfermera - paciente deficiente, como producto del desempeño profesional debido a que necesita reforzar sus habilidades y destrezas para la comunicación, ya que existe una barrera entre el paciente y la enfermera impidiendo así que se estable una calidad de interrelación enfermera - paciente óptima. La calidad de la interrelación enfermera - paciente en relación a la fase de Orientación, Identificación. Aprovechamiento, Resolución

es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación deficiente.

2.2 BASES TEÓRICAS

La calidad de atención es uno de los elementos en que se fundamenta la transformación de los sistemas de salud del país. La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. (Chan, 2008)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **CALIDAD DE ATENCION EN SALUD**

Definición:

La calidad de atención es uno de los elementos en que se fundamenta la transformación de los sistemas de salud del país. La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. (Chan, 2008)

- **CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD:**

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia. Pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha provocado un “aggiornamiento” que debería repercutir favorablemente en los mismos. No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia.

Cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

El afirmamiento antes mencionado tiene por un lado la posibilidad de revitalizar viejos conceptos siempre vigentes, pero ha fortalecido dos elementos que no siempre han sido tenidos en cuenta. El primero de ellos es la importancia del desarrollo de los procesos y fundamentalmente tener en cuenta en los servicios la satisfacción y la opinión del paciente o usuario o como se define hoy día el cliente. En síntesis pensar más que es lo que la gente necesita y no lo que nosotros le ofrecemos. En otras palabras pensar más en la demanda que en la oferta de servicios.

Existen algunas consideraciones importantes respecto del término calidad que vale la pena tener en cuenta. En primer lugar calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo. En tercer lugar es una calidad objetivable y mensurable. Por último no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

El desafío es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas.

Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales. (García Miranda, 2013)

DEFINICIONES Y CONCEPTOS DE LA CALIDAD:

- **CALIDAD:** Tomando el concepto de Myers y Slee, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados. Este mejor conocimiento sanitario existente en cada momento debe plasmarse en normas, que luego deberán ser adaptadas a las realidades y circunstancias locales. Decimos también que es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr

resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales. Otra forma posible de definir la calidad es como el grado en que el servicio prestado se aproxima al prototipo, entendiendo por tal, el modelo óptimo de asistencia que debería prestarse a tal paciente. Este concepto de calidad exige la definición previa de las características del modelo de atención o servicio prestado (normas), en función de poder determinar el grado de aproximación al ideal u óptimo que, a su vez, definirá el grado de calidad alcanzado. (Guillermo, 2012)

- **NORMAS:**

Definimos las **normas** como pautas de actuación, reglas a las que se deben ajustar las acciones. Virgil Slee, con agudeza, remarca el sentido real de la formulación y adopción de normas a través de la suma de consensos, ya que la tesitura de pretender establecerlas suele ser considerada algo presuntuosa y torna difícilmente aceptables sus prescripciones.

Esta tarea de normativizar la atención médica consiste sencillamente en llegar a un acuerdo acerca de la conducta y eficacia que se espera encontrar en el cuerpo médico institucional.

Las normas que se elaboran deben ser:

- Posibles.
- Claras.
- Formuladas por escrito, en forma breve y sencilla.
- Accesibles.
- Difundidas al cuerpo profesional.
- Elaboradas a nivel local, pautando las situaciones comunes.
- Consensuadas.

-
- Flexibles, sujetas a un dinámico proceso de revisión que permita su actualización (López Barreiro, 2013)

CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- **CALIDAD:**

La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia, calidad es hacer lo correcto; en forma correcta y de inmediato, calidad es practicar la limpieza es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto que los pacientes tengan confianza en el servicio que les brinda, cumpliendo con las funciones asistenciales ya normadas. (Romero Ameri, 2008)

- **CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:**

La necesidad de mejorar la efectividad en la entrega de cuidados de salud ha llevado a numerosos autores a realizar estudios acerca de la calidad de la atención médica.

La historia del control de la calidad se reporta desde el año 1992, con la creación en Estados Unidos del American College of Surgeons, que proyectaba asociar a los cirujanos de todo el país, velando por el prestigio de sus miembros mediante una progresiva exigencia a los mismos. Por las dificultades en valorar la capacidad profesional asistencial en el año 1920, se creó un Programa de estandarización, donde aparecían las características mínimas que debían cumplir los que iban a trabajar. Como resultado del proceso de acreditación, paulatinamente se incrementaron los centros que cumplían los criterios de la sociedad antes mencionada.

En Europa los estudios sobre la calidad se reportaron más tarde.¹ Históricamente a nivel internacional, la vigilancia de la calidad de la asistencia ha sido motivo de preocupación, como un problema social y organizativo y ha significado un estilo de trabajo permanente.

En Enfermería, desde el inicio de la profesión, Florencia Nightingale enunció que "las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados".

En nuestro país, a partir de la creación del Sistema Único de Salud los principios que sustentan al mismo están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, por lo que ha sido una tarea sistemática el control de la calidad de los servicios, lo que a su vez ha permitido los cambios introducidos en los propios servicios, actividades docentes e investigativas. En el equipo de salud el personal de Enfermería mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquiere gran importancia su participación en los objetivos propuestos sobre calidad de atención.

Por tal motivo, consideramos de interés revisar los aspectos relacionados con la calidad y su control, dada la vigencia actual de los conocimientos de Enfermería, para continuar dando cumplimiento a los propósitos, metas y directrices del Sistema de Salud. (Romero Ameri, 2008)

- **CONTROLES DE CALIDAD:**

Una visión panorámica de las publicaciones y las reuniones científicas, o de los planes estratégicos y los organigramas de las diferentes instituciones sanitarias muestra un apreciable avance de la preocupación por la calidad. Más difícil resulta objetivar en que medida esta preocupación es más real que aparente, dadas las dificultades

intrínsecas de cuantificación de estos esfuerzos, la idiosincrásica descoordinación entre proyectos y las diferencias apreciadas entre organizaciones similares. Tampoco puede establecerse de manera concluyente lo que las estrategias de calidad asistencial incorporan de específicamente sanitario frente a la mera traslación de aproximaciones procedentes de ámbitos distintos.

La fragmentación -en otros aspectos positiva- del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo sus desarrollos autonómicos han facilitado la apuesta por una monitorización sistemática y normalizada de la calidad. Una revisión de la producción al respecto muestra una cierta profusión de encuestas de satisfacción, la mayoría de ellas “no homologables”, y a menudo con discrepancias preocupantes respecto a otras fuentes de información. Para el conjunto del Sistema cabe diagnosticar una ausencia de monitorización del producto en cuanto a resultados de la asistencia sanitaria (outcomes) y aportación del dispositivo asistencial a la calidad de vida de sus clientes, así como, en general, la falta de sistemas de información sanitaria (SIS) apropiados para valorar la evolución de estas dimensiones. (Meneu, 2000)

DEFINICIÓN DE CRITERIOS Y STANDAR DE CALIDAD:

- **CRITERIOS:** Al hablar de criterios estamos definiendo un patrón de aquello que queremos medir. Establecemos así un instrumento de medida y como tal este debe ser VALIDO (tiene que ser capaz de medir aquello para lo que ha sido diseñado), FIABLE (si medimos varias veces lo mismo, los resultados no podrán variar más que entre los límites de fiabilidad que hayamos fijado) y SENSIBLE (si aquello que medimos varía, el criterio debe ser capaz de detectar dicha variación). Si ya hemos definido qué queremos medir, el segundo

problema será decidir sobre la escala de medición a utilizar. Definir una escala es hacer una graduación o categorización de algo que en este caso es lo que queremos medir. Las unidades de medida aquí no son universales; en control de calidad éstas van a depender de múltiples factores y pueden variar incluso para cada centro. Esta escala puede ser de distintos tipos: nominal o lógica (aceptará únicamente valores de sí o no, o lo que es igual, de 0 ó 1); ordinal (aceptando valores como útil, inútil o poco útil); de intervalo (pudiendo tomar valores como por ejemplo de 1 a 3, de 4 a 6, etc.); y más raras veces podrá ser cuantitativa y continua.

Los criterios pueden ser clasificados en tres tipos según el momento en que se formulan. Así, tendríamos que si esta formulación es previa a la medición, serían criterios EXPLICITOS, mientras que si una vez que hemos recogido un hecho nos planteamos qué es lo que hubiéramos hecho en una situación similar y valoramos esta actuación, estamos formulando criterios IMPLICITOS. Los criterios explícitos suelen tener mayor fiabilidad y validez que los implícitos, por lo que suelen ser más empleados.

Si la atención del criterio se centra sobre un aspecto parcial de la asistencia, como puede ser una enfermedad determinada, estamos hablando de criterios ESPECIFICOS. Por el contrario, si analiza aspectos más amplios del proceso asistencial tendríamos criterios GENERALES. En general, si tratamos de realizar un análisis del proceso asistencial serían más útiles los criterios específicos, mientras que para un análisis de resultados parecen más adecuados los criterios generales.

Cuando fijamos un criterio basándonos en la práctica y en los resultados que previamente han sido obtenidos, estamos estableciendo un criterio EMPIRICO. Si lo hacemos en términos absolutos o teóricos, teniendo en cuenta únicamente aquello que

consideramos como la mejor asistencia posible, estamos fijando un criterio IDEAL. Ambos tipos de criterios presentan problemas, pues mientras que los empíricos pueden acarrear cierto conformismo con la realidad, los ideales pueden tener el efecto contrario.

A la hora de enunciar criterios es importante definir bien quién debe hacerlo. En la mayor parte de los casos han sido los profesionales sanitarios los protagonistas de la elaboración de criterios. Sin embargo, cuando estos criterios, como suele ser frecuente, impliquen la actividad de más de un profesional debe ser un pequeño grupo con composición pluridisciplinaria el que llegue a un consenso sobre la definición de los mismos. Tras este paso, sería conveniente someterlos a la opinión del resto de las personas del servicio o institución al que vayan dirigidos. Otras características o condiciones mínimas que se le deben exigir a un criterio son: simplicidad (detallados y precisos), aceptabilidad (basados en un acuerdo general para que sean valorados y aceptados por todos como una buena asistencia), universalidad, que sean limitados a un número esencial, adaptables a los recursos de los profesionales y pacientes y actualizados. Al enunciar los criterios debe hacerse paralelamente al enunciado de las excepciones a los mismos, que serían las alternativas que aun no cumpliendo el criterio, serían aceptables. En el Cuadro 10-1 podemos ver algunos criterios junto con las excepciones y los estándares que para diferentes procesos han sido enunciados en algunas instituciones.

ESTÁNDAR: Como ya hemos dicho, serían aquellos valores que toma un criterio y que actúan como límite entre lo aceptable y lo inaceptable²⁷. Los estándares, al igual que los criterios, pueden ser IDEALES o EMPIRICOS. A su vez, los estándar ideales pueden dividirse en «óptimos» y «absolutos». Mientras que los estándar

ideales y absolutos únicamente aceptarían valores de 0 ó 1 o frecuencias del 100 % o del 0%, los ideales y óptimos permiten valores intermedios o frecuencias intermedias que estarían basadas en los resultados de los mejores hospitales u opiniones de expertos. Los estándares empíricos suelen ser promedios de resultados obtenidos desde estadísticas o encuestas de centros similares. Al igual que con los criterios, al decidirse por emplear estándar empíricos o ideales hay que tener en cuenta los problemas de conformismo o de frustración que respectivamente conllevan. Aunque es necesario fijar correctamente todos los estándares a utilizar, de poco servirá hacerlo si éstos no son consensuados y aceptados por los clínicos. (Evaluación de la calidad recibida de competencia de la enfermería, 2014)

- **COMO ABORDAR LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD:**

El estado actual y resultado final de la atención con consecuencia de interacciones diferentes: genéticas, ambientales, conductuales y práctica médica. Por la influencia que ejerce en los resultados, las diversas características del paciente, su estructura familiar, así como circunstancias de la sociedad y factores ambientales, no pueden atribuirse directamente a la atención médica que reciben los pacientes.

Coincidiendo con lo expuesto, otros autores definen la evaluación de la calidad de atención como un proceso comparativo entre los resultados obtenidos y los objetivos propuestos, con el fin de promover el perfeccionamiento.

Experiencia de un método de control sistemático es el "Sistema de Auditoría Médica Hospitalaria", donde se valora a través de los registros en las historias clínicas, mediante instructivo elaborado al efecto. Los autores afirman la necesidad que los especialistas deben ser seleccionados entre los de más experiencia y nivel científico-

técnico, requisitos que se imparten por la Facultad de Salud Pública y que coinciden con lo expuesto por la enfermera Montiel.^{3,5} La evaluación de los resultados se reconoce como de gran importancia en las evaluaciones de la atención médica, así como para la definición de la política de salud. (Trincado Agudo, 2000)

En diferentes países, desde sus inicios uno de los problemas que se planteaba en todos los programas era el método de análisis. Desde 1966 Donabedian propuso la clasificación para el control de la calidad en 3 grupos:

Métodos de análisis de Estructura

Métodos de análisis del Proceso

Métodos de análisis de los Resultados

Sobre la evaluación de la calidad se requiere, de indicadores específicos por áreas técnicas o administrativas con énfasis en el desarrollo de las unidades de salud y la atención a los problemas prioritarios. (Trincado Agudo, 2000)

- **FUNCIONES PROPIAS DE ENFERMERÍA:**

- **DEFINICIÓN:**

Las funciones de enfermería se pueden describir por el grado de dependencia hacia otros profesionales. (Torres Esperon, Hernandez Rodriguez, Otero Ceballos, & Urbina Laza, 2003)

- **TIPOS:**

- **FUNCIONES INDEPENDIENTES O PROPIAS:**

Son aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de las responsabilidades de una profesión para la cual está capacitada y autorizada.

- **FUNCIONES DERIVADAS:**

Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico.

- **FUNCIONES INTERDEPENDIENTES:**

Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud. (Torres Esperon, Hernandez Rodriguez, Otero Ceballos, & Urbina Laza, 2003)

- **DEFINICIONES DE ESTRÉS**

- **ESTRÉS:**

Es el resultado de la interacción entre un hecho o situación, al que llamaremos estresor, y la respuesta de cada individuo, que traduce y percibe ese elemento de manera amenazante. Esta interacción produce en el organismo una serie de reacciones físicas, emocionales y psicológicas, con diferentes consecuencias a corto, mediano y largo plazo. (Puchol, y otros, 2012)

- **ETIOLOGÍA:**

- **FISIOLÓGICAS:**

Estas causas están relacionadas con las enfermedades y lesiones del cuerpo que aumentan la tensión interior de la persona produciendo un nivel de estrés que se vuelve contraproducente hacia uno mismo. Por ejemplo, una enfermedad orgánica produce una reacción negativa en el campo emocional.

- **PSICOLÓGICAS:**

Se relaciona con la vulnerabilidad emocional y cognitiva. Crisis vitales por determinados cambios: infancia, adolescencia, madurez, vejez. Relaciones interpersonales conflictivas o insuficientes. Condiciones frustrantes de trabajo o estudio: excesiva exigencia o competitividad, monotonía, normas incongruentes, insatisfacción vocacional, etc.

- **SOCIALES:**

Cambios sociales en los que cada época trae nuevos retos a afrontar. Cambios tecnológicos acelerados que la persona no puede integrar, etc.

- **AMBIENTALES:**

Polución ambiental, alimentación desnaturalizada con tóxicos industriales, lugares de trabajo con poca seguridad o con carga electrostática, microorganismos patógenos, catástrofes, etc. (Echezuria, 2012)

- **FISIOPATOLOGÍA:**

Cuando un individuo se expone a un agente estresante el hipotálamo segrega una hormona de activación conocida como **CRF** (factor liberador de corticotropina) en el sistema circulatorio del hipotálamo y la pituitaria. El CRF **activa la pituitaria** para que segregue la hormona **ACTH** (corticotropina). Una vez que la ACTH está en el torrente sanguíneo llega a las glándulas suprarrenales que poseen receptores de esta hormona, lo que activa la liberación de **glucocorticoides**. Éstos, unidos a la adrenalina y la noradrenalina son la base para desencadenar la respuesta de estrés. Además, durante el estrés, el **páncreas** se estimula para que segregue **glucagón**, hormona esencial para la movilización de las reservas de energía presentes en

el **hígado** en forma de glucógeno, elevando con ello el nivel de glucosa en la sangre. El hígado no es el único lugar donde existen reservas de glucógeno, sino también en los músculos, donde es la adrenalina y no el glucagón quien tiene la capacidad de movilización de tales reservas.

Es importante que se tenga presente que este proceso no ocurre siempre en la misma medida, ya que la velocidad y cambio en la secreción de una hormona varía en función del agente estresante y del contexto psicológico en el que éste se produzca. (Puchol, y otros, 2012)

- **SINTOMATOLOGÍA:**

El estrés supone la aparición de sintomatología tanto a nivel biológico, psicológico y social. Muchos de los cambios biológicos que se producen en el organismo sometido a estrés no son perceptibles para el ser humano y se precisan procedimientos diagnósticos para determinar el nivel de la reacción. Sin embargo, a nivel psicológico muchos síntomas producidos por el estrés pueden ser fácilmente identificados por la persona que está sufriendo dichos cambios. Una de las reacciones más frecuentes en este sentido es la ansiedad. (Puchol, y otros, 2012)

A nivel **cognitivo**: Preocupación, temor, inseguridad en si mismo, miedo, dificultad en la toma de decisiones, miedo a la perdida de control, dificultad para pensar.

A nivel **fisiológico**: Sudor, tensión muscular, taquicardias, temblor, dificultad respiratoria, sequedad de boca, dolor de cabeza, mareos

A nivel **motor**: fumar con más frecuencia, llorar, tartamudear, movimientos repetitivos, comer en exceso, beber.

Pero además de estas reacciones emocionales podemos identificar claramente otros síntomas producidos por el estrés, como son el agotamiento físico, la falta de rendimiento, etc. Finalmente, si el estrés es muy intenso y se prolonga en el tiempo, puede llegar a producir enfermedades físicas y desórdenes mentales, en definitiva problemas de salud. (Puchol, y otros, 2012)

- **GRADOS Y FORMAS DE MANIFESTARSE EL ESTRÉS:**

- **GRADOS DEL ESTRÉS:**

1ra Grado:

El organismo reconoce las señales y se amolda para actuar.

Secreción de adrenalina

2do. Grado:

El cuerpo repara los daños provocados por el estado de alarma.

Homeostasis.

3ra. Grado.

El organismo permanece en alerta todo el día.

Reducción de su capacidad.

- **FORMA EN QUE SE MANIFIESTA EL ESTRÉS EN EL INDIVIDUO:**

La **primera** evidencia es el cansancio, la depresión, trastornos del sueño y cambios del apetito.

La **segunda** es la insatisfacción, pérdida de la felicidad y el placer en lo que se esta haciendo. Aparece entonces la indiferencia y el cinismo.

En la **tercera**, se incorporan los hábitos tóxicos o el abandono laboral.

La **Cuarta**, aparece trastorno de relación social más próxima que es el marital y el familiar. (Miranda Romero, 2014)

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

La calidad de atención influye inversamente al nivel de ansiedad de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

1.5.2 Hipótesis Secundarias

La comunicación influye significativamente en el Nivel de Ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016?

La empatía que demuestra la enfermera influye significativamente sobre el Nivel de Ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016

1.5.3. Variables

a. Variable independiente

Calidad de atención: Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. (Fajardo, 2011)

b. Variable dependiente

Nivel de ansiedad: Valor que se asigna a la anticipación de un daño, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión; pudiendo ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. (Primaria, 2008)

CAPITULO III

METODOLOGIA

3. Metodología de la Investigación

3.1. Tipo y Nivel de la Investigación

Tipo de investigación es Cualitativa Descriptiva

3.2 Método y Diseño de la Investigación

a) Método y diseño de investigación

Diseño de la investigación: Correlacional

.3.3 Población y Muestra de la Investigación

a) Población

Pacientes oncológicos usuarios del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

b) Muestra

40 pacientes oncológicos

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**a) Técnicas**

Técnica: Entrevista

b) Instrumentos

Guía de observación; donde incluirá 20 enunciados que mencionan la forma de atención del personal de enfermería de acuerdo a sus labores diarias.

Escala de Ansiedad de Zung; incluirá los 20 ítems estipulados en dicha escala.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis de Tablas y Gráficos (Resultados)

Los resultados obtenidos se organizaron de acuerdo a las variables y dimensiones de estudio, cuyos resultados fueron los siguientes:

Resultados de la variable gestión de recursos humanos presenta 5 dimensiones cuyos resultados presentamos a continuación:

Tabla 1

Distribución de la dimensión Humana, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Humana					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Malo	5	12,5	12,5	12,5
	Regular	31	77,5	77,5	90,0
	Bueno	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

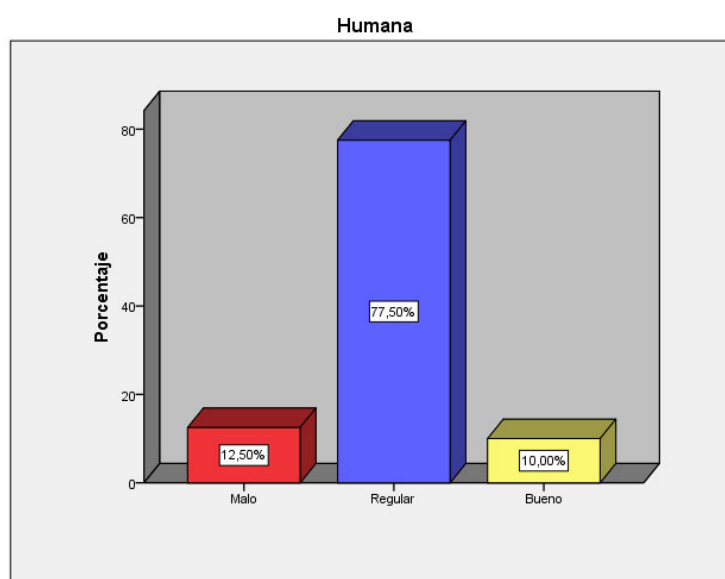


Figura 1. Frecuencia Humana, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

En la tabla 1 y figura 1 se observa que, respecto a la dimensión Humana, el 77,50% señalan un nivel Regular, el 12,50% presenta un nivel Malo y el 10,00% presenta un nivel Bueno en el Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Tabla 2

Distribución de la dimensión Técnica, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Técnica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Malo	6	15,0	15,0	15,0
	Regular	8	20,0	20,0	35,0
	Bueno	26	65,0	65,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

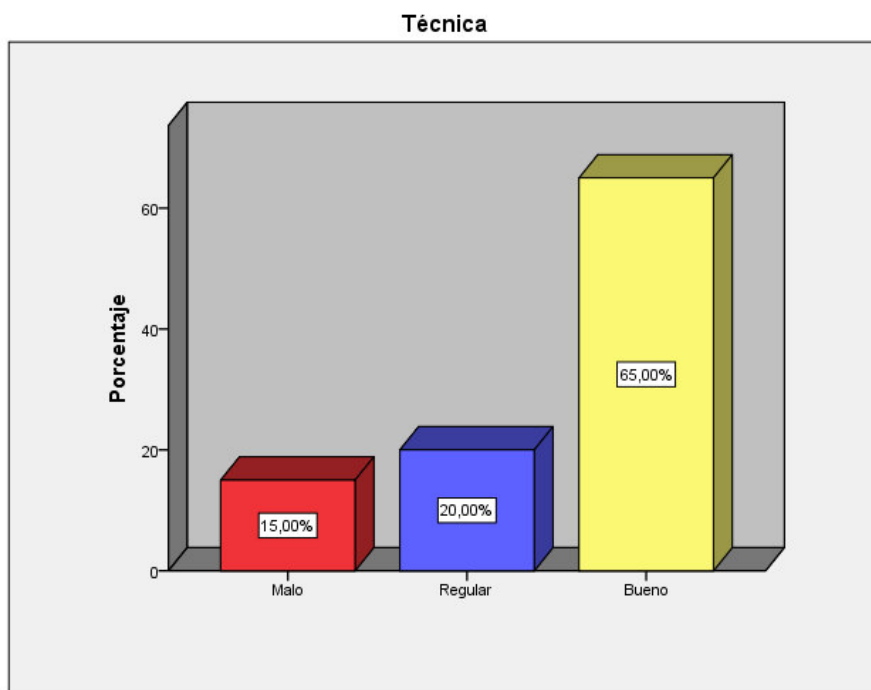


Figura 2. Frecuencia Técnica, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

En la tabla 2 y figura 2 se observa que, respecto a la dimensión Técnica, el 65,00% señalan un nivel Bueno, el 20,00% presenta un nivel Regular y el 15,00% presenta un nivel Malo en el Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Tabla 3

Distribución de la dimensión Entorno, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

		Entorno			
		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Malo	1	2,5	2,5	2,5
	Regular	30	75,0	75,0	77,5
	Bueno	9	22,5	22,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

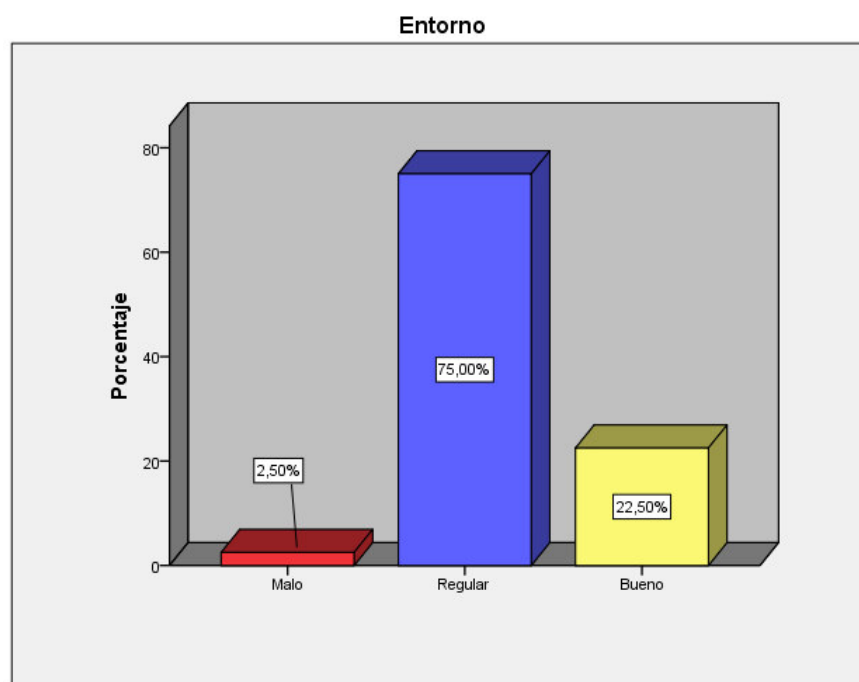


Figura 3. Frecuencia Retención de personas, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN..

En la tabla 3 y figura 3 se observa que, respecto a la dimensión Entorno, el 75,00% señalan un nivel Regular, el 22,50% presenta un nivel Bueno y el

2,50% presenta un nivel Malo en el Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

3.2. Resultados de la variable desempeño laboral presenta 3 dimensiones cuyos resultados presentamos a continuación:

Tabla 4

Distribución de la variable calidad de atención, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

CALIDAD DE ATENCIÓN					
		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Malo	4	10,0	10,0	10,0
	Regular	7	17,5	17,5	27,5
	Bueno	29	72,5	72,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

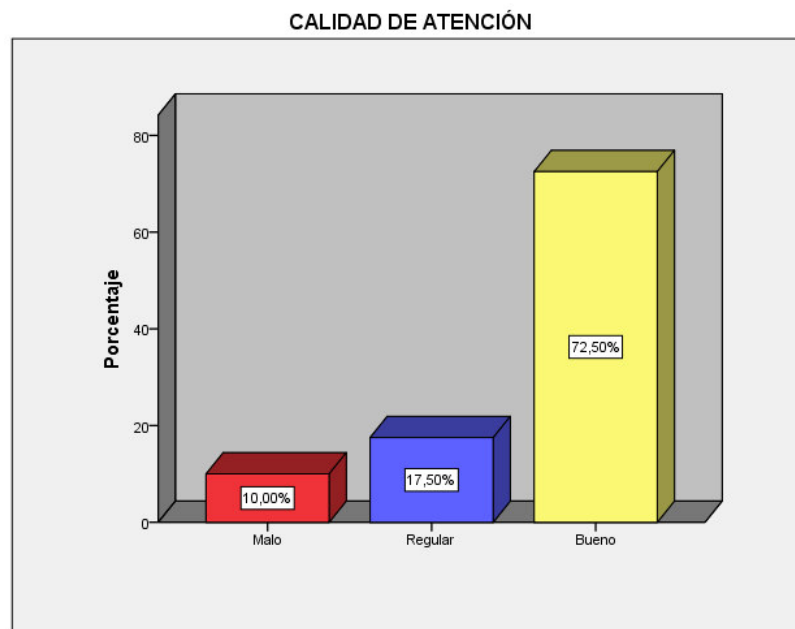


Figura 4. Frecuencia calidad de atención, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

En la tabla 4 y figura 4 se observa que, respecto a la dimensión calidad de atención, el 72,50% señalan un nivel Bueno, el 17,50% presenta un nivel Regular y el 10,00% presenta un nivel Malo en el Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Tabla 5

Distribución de la variable Ansiedad leve, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

		Ansiedad leve			
		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Malo	6	15,0	15,0	15,0
	Regular	9	22,5	22,5	37,5
	Bueno	25	62,5	62,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

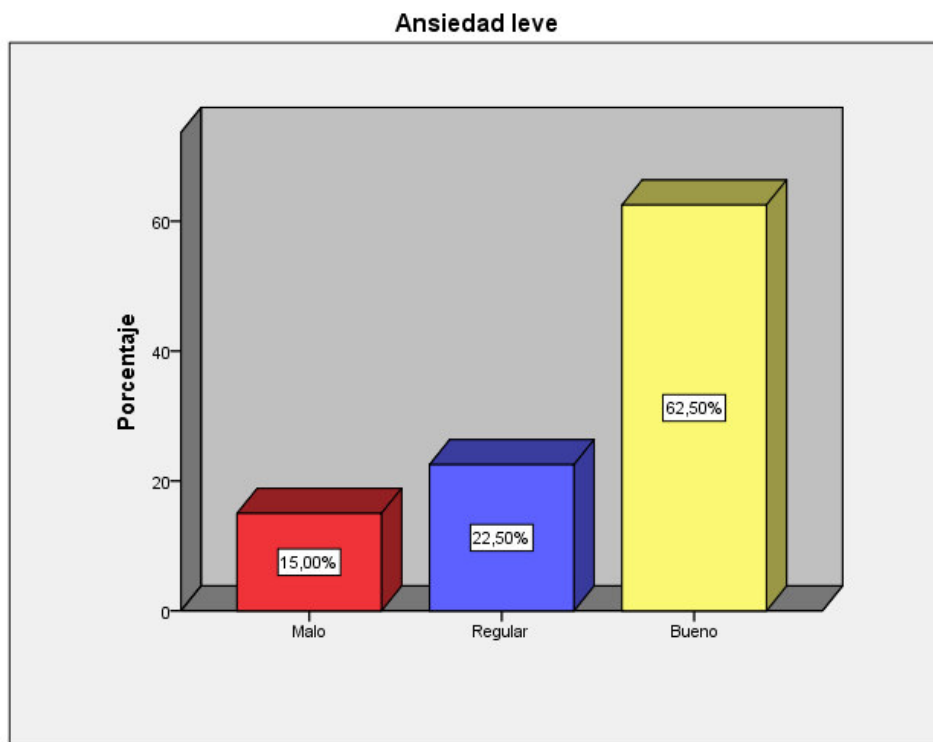


Figura 5. Frecuencia Ansiedad leve, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN..

En la tabla 5 y figura 5 se observa que, respecto a la dimensión Ansiedad leve, el 62,50% señalan un nivel Bueno, el 22,50% señalan un nivel Regular y el 15,00% presenta un nivel Malo en el Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Tabla 6

Distribución de la variable Ansiedad moderada, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Ansiedad moderada					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Malo	6	15,0	15,0	15,0
	Regular	10	25,0	25,0	40,0
	Bueno	24	60,0	60,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

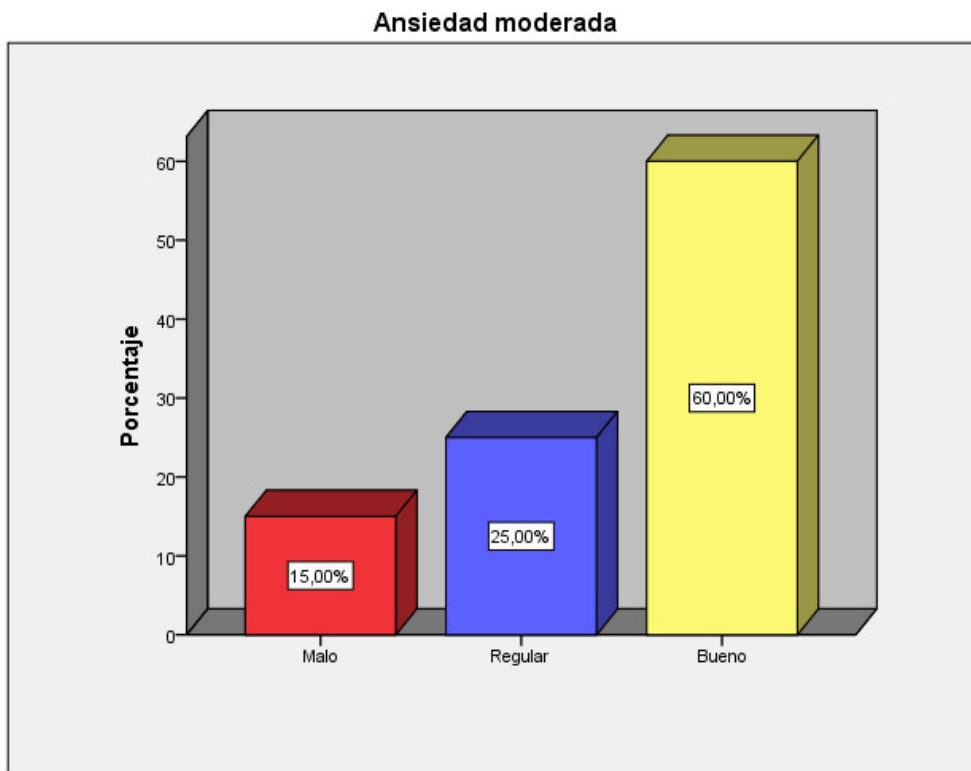


Figura 6. Frecuencia Ansiedad moderada, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

En la tabla 6 y figura 6 se observa que, respecto a la variable Ansiedad moderada, el 60,00% señalan un nivel Bueno, el 25,00% señalan un nivel Regular y el 15,00% presenta un nivel Malo en el Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Tabla 7

Distribución de la dimensión Ansiedad severa, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

		Ansiedad severa			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Malo	5	12,5	12,5	12,5
	Regular	12	30,0	30,0	42,5
	Bueno	23	57,5	57,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

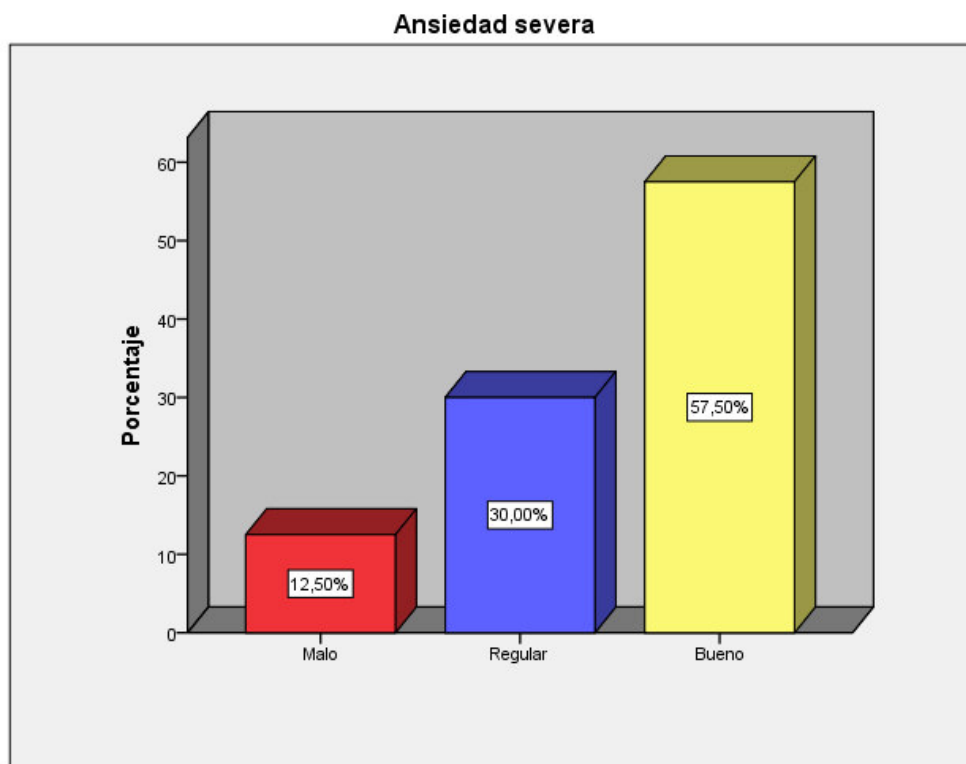


Figura 7. Frecuencia Ansiedad severa, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

En la tabla 7 y figura 7 se observa que, respecto a la dimensión Ansiedad severa, el 57,50% señalan un nivel Bueno, el 30,00% señalan un nivel Regular y el 12,50% presenta un nivel Malo en el Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Tabla 8

Distribución de la variable nivel de ansiedad, pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

		NIVEL DE ANSIEDAD			
		Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	5	12,5	12,5	12,5
	Regular	9	22,5	22,5	35,0
	Bueno	26	65,0	65,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

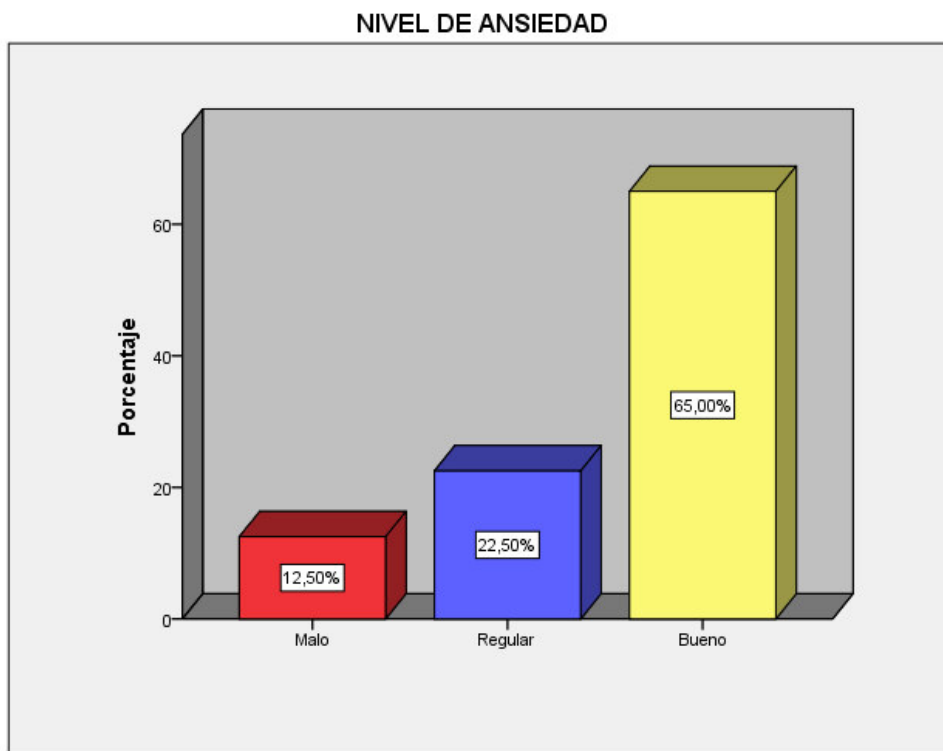


Figura 8. Frecuencia nivel de ansiedad, Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

En la tabla 8 y figura 8 se observa que, respecto a la variable nivel de ansiedad, el 65,00% señalan un nivel Bueno, el 22,50% señalan un nivel Regular y el 12,50% presenta un nivel Malo en el Pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

3.3 Relación entre las variables

Tabla 9

Prueba de normalidad de los datos de las variables y dimensiones

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Humana	,340	40	,000
Técnica	,324	40	,000
Entorno	,301	40	,000
CALIDAD DE ATENCIÓN	,366	40	,000
Ansiedad leve	,308	40	,000
Ansiedad moderada	,304	40	,000
Ansiedad severa	,242	40	,000
NIVEL DE ANSIEDAD	,224	40	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Para poder seleccionar el tipo de la prueba estadística para el análisis de la hipótesis de la investigación, procedemos a determinar el tipo de distribución de los datos en el caso de la proveniencia de distribuciones normales; al respecto la muestra asumida presenta un total de 40 individuos es por ello que utilizo la prueba denominada KS o prueba de Kolmogorov Smirnov con un nivel de significancia del 0,05 y para ello se planteó lo siguiente:

H₀: La distribución de la variable no difiere de la distribución normal.

H_a: La distribución de la variable difiere de la distribución normal.

Consideramos la regla de decisión:

$p < 0.05$, se rechaza la H_0 .

$p > 0.05$, no se rechaza la H_0 .

De acuerdo a la tabla 9 el p _valor de las variables y las dimensiones son menores a 0,05 establecido como el nivel de significancia, es decir se rechaza la H_0 y se acepta la H_a lo cual indica que estos datos no provienen de una distribución normal y por lo tanto no corresponden los estadísticos paramétricos, es decir en este caso se empleó el Rho de Spearman.

4. 2 Validación de hipótesis

Hipótesis General

Ho: La calidad de atención no influye inversamente al nivel de ansiedad de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Ha: La calidad de atención si influye inversamente al nivel de ansiedad de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Prueba estadística: rho de Spearman

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Sí $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Tabla 10.

Prueba de Spearman de la calidad de atención y nivel de ansiedad de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

			Correlaciones	
			CALIDAD DE ATENCIÓN	NIVEL DE ANSIEDAD
Rho de Spearman	CALIDAD DE ATENCIÓN	Coeficiente de correlación	1,000	,810**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	40	40
	NIVEL DE ANSIEDAD	Coeficiente de correlación	,810**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	40	40

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como $p = 0.000 < \alpha = 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis general; existiendo una relación lineal estadísticamente significativa muy alta y directamente proporcional (con signo positivo) entre la calidad de atención y nivel de ansiedad de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Hipótesis Específica 1

Ho: La calidad de atención relacionado a la comunicación no influye inversamente al nivel de ansiedad de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Ha: La calidad de atención relacionado a la comunicación si influye inversamente al nivel de ansiedad de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Prueba estadística: rho de Spearman

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Sí $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Tabla 11

Prueba de Spearman de la calidad de atención y nivel de Ansiedad leve de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

			Correlaciones	
			CALIDAD DE ATENCIÓN	Ansiedad leve
Rho de Spearman	CALIDAD DE ATENCIÓN	Coeficiente de correlación	1,000	,743**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	40	40
	Ansiedad leve	Coeficiente de correlación	,743**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	40	40

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como $p = 0.000 < \alpha = 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis general; existiendo una relación lineal estadísticamente significativa muy alta y directamente proporcional (con signo positivo) entre la

calidad de atención y nivel de Ansiedad leve de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Hipótesis Específica 2

Ho: La calidad de atención relacionado a la empatía que demuestra la enfermera no influye inversamente al nivel de Ansiedad moderada de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Ha: La calidad de atención relacionado a la empatía que demuestra la enfermera si influye inversamente al nivel de Ansiedad moderada de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

Prueba estadística: rho de Spearman

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Sí $p \leq 0.05$ se rechaza Ho.

Tabla 12.

Prueba de Spearman de la calidad de atención y nivel de Ansiedad moderada de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

		Correlaciones		
			CALIDAD DE ATENCIÓN	Ansiedad moderada
			N	
Rho de Spearman	CALIDAD DE ATENCIÓN	Coefficiente de correlación	1,000	,712**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	40	40
	Ansiedad moderada	Coefficiente de correlación	,712**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	40	40

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como $p = 0.000 < \alpha = 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis general; existiendo una relación lineal estadísticamente significativa muy alta y directamente proporcional (con signo positivo) entre la calidad de atención y nivel de Ansiedad moderada de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis general, y del análisis de los resultados estadísticos se determina que, existe relación lineal estadísticamente significativa muy alta, directamente proporcional y positiva, entre la calidad de atención y nivel de ansiedad de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.
- Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis específica 1, se evidencia que existe una relación lineal estadísticamente significativa alta, directamente proporcional y positiva, entre la comunicación asertiva que utiliza la enfermera y el nivel de Ansiedad leve de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.
- Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis específica 2, se determina que, si existe relación lineal estadísticamente significativa alta, directamente proporcional y positiva, entre la calidad de atención empatía que demuestra la enfermera y nivel de Ansiedad moderada de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.

5.2. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio son las siguientes:

- a. A la Dirección del INEN y a la Jefatura de enfermería:
 - Se implemente un programa de educación permanente dirigido al personal de enfermería y demás profesionales de la salud orientada a mejorar la calidad de atención de enfermería en el paciente paliativo.
- b. Que el Departamento de enfermería y enfermeras jefas de servicio de Medicina elaboren lo siguiente:
 - Diseñar protocolos y guías de atención para la atención de pacientes paliativos considerando las necesidades de esta etapa de vida, con énfasis a promover una comunicación asertiva y el desarrollo de una conducta con empatía dirigida al paciente que permita establecer una buena relación enfermera - paciente.
 - Promover entre los profesionales de enfermería estudios similares, con pacientes paliativos respecto a la calidad de atención de la enfermera, población poco explorada.
 - Realizar estudios semejantes, utilizando enfoques cualitativos, con el fin de profundizar los hallazgos respecto a la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en los servicios medicina paliativa y tratamiento del dolor.

5.3. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Delimitación Espacial

El presente trabajo de investigación se realizó el Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del dolor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

5.2. Delimitación Social

El presente trabajo tendrá como objeto de estudio a los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del dolor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

5.3. Delimitación Temporal

El presente trabajo se realizó de octubre a Diciembre del 2016.

5.4. Delimitación Conceptual

a. Calidad de Atención:

Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. (Fajardo, 2011)

b. Nivel de estrés:

Valor que se asigna a la anticipación de un daño, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión; pudiendo ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. (Primaria, 2008)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Campos Duran, M. A. (2006). Causas y efectos del estrés laboral. Argentina: Monografías.
2. Chan, M. (2008). Atención Primaria en Salud. Ginebra - Suiza: OMS.
3. Coronado Luna, L. K. (2006). Factores Laborales y Nivel de estrés laboral en Enfermeros. Lima: Universidad Mayor de San Marcos.
4. De La Cruz Espinoza, B. (2015). Mujeres y Actualidad. Obtenido de ¿Qué es el estrés laboral?: http://www.igualate.org/v_portal/informacion/informacionver.asp?cod=398&te=55&idage=493
5. Echezuria, R. (07 de Diciembre de 2012). ¿Qué es estrés? Obtenido de El Estres: Enfermedad del Siglo XXI: <http://estres-enfermedad-del-siglo21.blogspot.pe/2012/12/que-es-el-estres-es-la-respuesta.html>
6. Evaluación de la calidad recibida de competencia de la enfermería. (28 de Febrero de 2014). Obtenido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:v7QzTxjoyC MJ:www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo6/default.htm+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>
7. Fajardo, O. (2011). Definiciones y Coneptos Fundamentaled para la Calidad en Salud. En OMS, Enciclopedia Jurídica Mexicana (pág. 84). México: Salvat.
8. García Miranda, D. (2013). Percepcion y expectativas de la calidad de atención de los servicios en salud. Lima: Universidad Ricardo Palma.
9. Guillermo, W. (2012). Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Obtenido de Calidad de los Servicios de Salud: http://www.academia.edu/5601898/28_calidad
10. INEN, O. d. (2014). Medicina Paliativa y Tratamiento del dolor. Lima: Ministerio de Salud.

-
11. Infante Ochoa , I., Moret Montano, A., & Curbelo Heredia, I. (2007). Satisfacción del Personal de Enfermería en Servicios de Oncología. Revista Cubana en Salud Pública, 33.
 12. López Barreiro, N. (30 de Setiembre de 2013). Administración de Salud de los Servicios de Salud. Obtenido de Calidad en los Servicios de Salud: <https://es.scribd.com/document/173050298/Calidad-en-Los-Servicios-de-Salud>
 13. Médica, S. E. (2015). El dolor en el paciente oncológico. Colección Onco Vida, 4-11.
 14. Meneu, R. (2000). Garantizar Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica. Sevilla: Sespas. Obtenido de [http://www.academia.edu/18027981/GARANTIZAR CALIDAD ASISTENCIAL Y ADECUACION TECNOLÓGICA](http://www.academia.edu/18027981/GARANTIZAR_CALIDAD_ASISTENCIAL_Y_ADECUACION_TECNOLOGICA).
 15. Miranda Romero, B. E. (2014). Estrés Laboral. Obtenido de Estrés Laboral: <http://slideplayer.es/slide/154702/>
 16. Primaria, G. d. (2008). Definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones. En A. Infante Campos, Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Transtornos de Ansiedad en Atención Primaria (págs. 31 - 34). Madrid: Agencia Lain Entralgo.
 17. Puchol, L., Martín, J., Nuñez, A., Ongallo, C., Puchol, I., & Sanchez, G. (2012). El Libro de las Habilidades Directivas. Madrid: Díaz De Santos S.A.
 18. Rivera Domene, D., Cartagena de la Peña, E., & Reig Ferrer, A. (2013). Estres Laboral y Salud en Profesionales de Enfermería. Alicante - España: Espagrafic.
 19. Romero Ameri, L. C. (2008). Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
 20. Sanchez , F. (2011). Estres Laboral, Satisfacción en el Trabajo y Bienestar Psicológico en Trabajadores de una Industria Cerealera. San Lorenzo: Facultad de Psicología y Relaciones Humanas.

-
21. Torres Esperon, M., Hernandez Rodriguez, J. C., Otero Ceballos, M., & Urbina Laza, O. (2003). Funciones y tareas de Enfermería. Revista Cubana de Medicina y Enfermería, 5.
 22. Trincado Agudo, M. T. (2000). Calidad en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería.
 23. Vera, S. (22 de Agosto de 2011). Expertos en Salud. Vital,

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO

I. PRESENTACIÓN:

Buenos días/tardes señor(a), soy alumna de la Segunda Especialidad en Oncología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El presente cuestionario está dirigido a los pacientes que se atendieron en el servicio de Medicina Paliativa Y Terapia Del Dolor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el cual me encuentro ejecutando el proyecto de investigación "**CALIDAD DE ATENCIÓN Y EI NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL SERVICIO DE MEDICINA PALIATIVA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR**". Por ello acudo a su persona para recabar información que nos será útil en dicho estudio. Esperando la veracidad en sus respuestas y de antemano agradezco su colaboración y participación.

II. INSTRUCCIONES:

Lea atentamente y coloque un aspa según considere la respuesta más conveniente en cada proposición que se adjunta; considerando

III. DATOS GENERALES:

- EDAD: _____ (años)
- SEXO: F() M ()
- GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

Puntaje:

- ✓ FAVORABLE: < 43
- ✓ MEDIANAMENTE FAVORABLE: 43 – 61

ITEM	NCIADOS	SIEMPR E	A VECES	NUNCA
1.	Me agradó que la enfermera me haya informado las reglas del servicio cuando ingresé.			
2.	Me molesta cuando la enfermera se despreocupa de verificar si entendí lo que me explicó.			
3.	Me desagrada que la enfermera se demore cuando necesito de su atención			
4.	Me desagrada la indiferencia de la enfermera cuando mis familiares esperan por información sobre mi salud.			
5.	Me agrada que la enfermera acuda rápido cuando siento mucho dolor			
6.	Me molesta que la enfermera se despreocupe por mi alimentación.			
7.	Me agrada que la enfermera pregunte si tengo miedo o temor antes de un procedimiento			
8.	Me molesta que la enfermera se muestra indiferente cuando invaden mi privacidad.			
9.	Me desagrada la indiferencia de la enfermera cuando tengo molestias durante o después de un procedimiento o tratamiento recibido.			
10.	Me desagrada que la enfermera se muestre apurada y cortante mientras me atiende			
11.	Me agrada cuando la enfermera está pendiente por las molestias que siento después de un procedimiento o tratamiento recibido.			
12.	Me disgusta que la enfermera se despreocupe por			

	el orden del ambiente seré atendido			
13.	Me agrada que la enfermera se preocupe por que tenga privacidad			
14.	Me desagrada que la enfermera diga que este en silencio con actitud violenta frente a un procedimiento			
15.	Me agrada que la enfermera me explique sobre la alimentación que debo recibir durante mi tratamiento			
16.	Me molesta que la enfermera se muestre despreocupada cuando siento dolor			
17.	Me molesta que la enfermera se dirija a mi utilizando el número de cupo o ticket			
18.	Me agrada la atención de la enfermera porque viene cuando la llamo.			
19.	Me molesta cuando la enfermera me habla con palabras que no puedo entender			
20	Me desagradó que la enfermera no me haya explicado el procedimiento que realizó (colocación de íntima).			

✓ DESFAVORABLE:

> 61

ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL ANSIEDAD DE LOS PACIENTES ONCOLOGICOS DEL SERVICIO DE MEDICINA PALIATIVA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA DEPRESION DE ZUNG CODIGO:
PUNTUACION:.....

IT E M S	PREGUNTAS	Nunc a o casi nunc a	Alguna s veces	Muchas veces o la mayor parte del tiempo	Siemp re o casi siempr e	Pu n To s
1.	Me siento más tranquilo y nervioso de costumbre.					
2.	Me siento atemorizado sin motivo					
3.	Me altero o angustio fácilmente.					
4.	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos					
5.	Creo que todo esta bien y no va a pasar nada malo.					
6.	Me tiemblan los brazos y las piernas					
7.	Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.					

8.	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9.	Me siento tranquilo y me es fácil estar quieto.					
10	Siento que el corazón me late aprisa.					
11	Sufro mareos					
12	Me desmayo o siento que voy a desmayar					
13	Puedo respirar fácilmente					
14	Se me duermen, me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.					
15	Sufro dolores de estómago o indigestión.					
16	Tengo que orinar con mucha frecuencia					
17	Generalmente tengo las manos secas y calientes.					
18	La cara se me pone caliente y roja.					
19	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.					
20	Tengo pesadillas.					

- Nivel de ansiedad leve de 26 a 50.
- Nivel de ansiedad moderada de 51 a 75
- Nivel de ansiedad severa de 76 a 100.

ANEXO 3

TABULACION DE DATOS

1. Base de datos - Calidad de atención

V1 CALIDAD DE ATENCIÓN																				
	D1									D2					D3					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
ENC 1	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 2	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 3	3	1	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3
ENC 4	2	2	2	3	2	1	2	3	3	1	3	1	1	3	2	2	3	2	1	2
ENC 5	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 6	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	3	1	2
ENC 7	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	3	1	3	3	1	2
ENC 8	2	3	3	1	3	2	2	1	3	1	3	2	2	1	3	3	1	3	2	2
ENC 9	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3
ENC 10	3	3	1	3	3	1	2	3	2	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3
ENC 11	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 12	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 13	3	3	1	3	1	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	1	3	1	1	3
ENC 14	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 15	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 16	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 17	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 18	2	2	2	3	2	1	2	3	3	3	2	1	2	3	2	2	3	2	1	2
ENC 19	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 20	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 21	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 22	2	3	3	1	3	2	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2
ENC 23	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	2	1	2	3	3	3	3	2	3	3
ENC 24	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 25	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	3	1	3	3	1	2
ENC 26	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	3	1	3	3	1	2
ENC 27	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 28	3	1	3	1	3	1	1	3	1	3	2	3	3	3	1	1	1	1	2	2
ENC 29	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 30	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	3	3	1	3	3	1	2
ENC 31	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 32	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 33	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 34	3	3	2	3	1	2	2	3	1	2	2	3	3	1	3	3	1	3	2	2
ENC 35	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3
ENC 36	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 37	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	2	1	2	3	2	3	3	1	3	3
ENC 38	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 39	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
ENC 40	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2

2. Base de datos - Nivel de ansiedad

V2 NIVEL DE ANSIEDAD																				
	D1					D2						D3								
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
ENC 1	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4
ENC 2	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4
ENC 3	1	3	1	3	3	1	3	1	4	1	3	1	3	1	4	1	3	3	1	1
ENC 4	1	1	1	1	4	1	1	1	2	4	2	1	3	1	3	1	3	3	1	1
ENC 5	1	3	1	3	3	1	3	1	4	1	3	4	3	3	3	3	3	1	3	3
ENC 6	1	3	1	3	3	4	2	4	1	3	2	4	2	4	1	3	2	2	4	4
ENC 7	1	1	1	1	4	1	1	1	2	4	2	1	1	1	2	4	2	1	1	1
ENC 8	3	1	3	1	2	4	4	3	1	1	4	1	4	4	1	1	1	1	3	4
ENC 9	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3
ENC 10	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	1	3	3
ENC 11	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	1	3	2	2	4	4
ENC 12	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
ENC 13	1	3	1	3	3	1	3	1	4	1	3	4	2	2	2	2	5	1	2	1
ENC 14	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	3	1	4
ENC 15	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	1	3
ENC 16	3	3	3	3	4	1	4	4	4	4	4	1	3	1	4	4	4	4	4	4
ENC 17	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 18	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	1	1	3
ENC 19	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 20	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	
ENC 21	4	4	4	4	4	4	1	1	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 22	4	4	4	1	2	4	4	3	1	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3
ENC 23	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4
ENC 24	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 25	2	3	1	4	1	4	2	4	3	1	2	1	3	1	4	1	3	3	1	1
ENC 26	1	3	1	3	3	4	2	4	3	1	2	4	4	4	1	1	1	1	1	1
ENC 27	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 28	2	3	1	4	1	4	2	4	3	1	2	1	1	4	4	4	4	4	1	3
ENC 29	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 30	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	2	3	1	1	1	1	1	1	2
ENC 31	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 32	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 33	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 34	1	4	3	2	2	4	2	4	3	1	2	1	3	1	4	1	3	3	1	1
ENC 35	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 36	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 37	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	1	3	2	2	4	4
ENC 38	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1
ENC 39	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	4	4	1	1	1	1	1	1	3
ENC 40	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1

ANEXO 4

Matriz de consistencia del proyecto de tesis

TITULO DEL TEMA: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA Y EL NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS

PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL SERVICIO DE MEDICINA PALIATIVA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES-INDICADORES
¿Cómo influye la calidad de atención que brinda la enfermera en el nivel de ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina	General OBJETIVO GENERAL Determinar la influencia de la calidad de atención en el nivel de ansiedad de los pacientes oncológicos del	Hipótesis general La calidad de atención influye inversamente al nivel de ansiedad de pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.	VARIABLE INDEPENDIENTE Calidad de atención Indicadores: Respeto Información completa Comunicación. Confianza y Empatía. Habilidad.	HUMANA : Respeto Información completa Comunicación. Confianza y Empatía. TECNICA: Habilidad. Conocimiento Tiempo. Seguridad Integralidad

Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016?	Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.		Conocimiento. Tiempo. Seguridad Integralidad Comodidad La alimentación, Limpieza y orden La privacidad	ENTORNO: Comodidad La alimentación Limpieza y orden La privacidad
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS	VARIABLE DEPENDIENTE	ANSIEDAD LEVE: Intranquilidad Temor Angustia Inquietud Incertidumbre
PROBLEMAS SECUNDARIOS ¿Cómo influye la comunicación	OBJETIVOS ESPECIFICOS Valorar de qué manera la	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS - La comunicación	Indicadores: Intranquilidad Temor Angustia Inquietud	ANSIEDAD MODERADA Temblores Cefalea Debilidad Taquicardia

en el Nivel de	comunicación	influye	Incertidumbre	Mareos
Ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016?	comunicación asertiva de la enfermera influye sobre el Nivel de Ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016?	influye significativamente en el Nivel de Ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016?	Temblores Cefalea Debilidad Taquicardia Mareos	ANSIEDAD SEVERA Desmayo Quietud Nerviosismo Dolores de estómago Indigestión Poliurea Sudor Preocupación Pesadilla Horror.
¿Cómo influye la empatía que demuestra la enfermera en el Nivel de Ansiedad de los pacientes	Valorar de qué manera influye la empatía que demuestra la enfermera en el	- La empatía que demuestra la enfermera influye significativamente sobre el Nivel de Ansiedad de los	Desmayo Quietud Nerviosismo Dolores de estómago Indigestión Poliurea Sudor Preocupación Pesadilla Horror.	

<p>oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016</p>	<p>Nivel de Ansiedad de los pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016</p>	<p>pacientes oncológicos del Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN - 2016</p>	<p>Nivel de ansiedad leve de 26 a 50. Nivel de ansiedad moderada de 51 a 75 Nivel de ansiedad severa de 76 a 100.</p> <p>ANEXO TABLA PARA CONVERTIR LA CALIFICACION BASICA DE ZUNG AL INDICE - EAMD</p> <p>El empleo de esta tabla primero exige que se obtenga la calificación básica</p>	
---	--	---	---	--

			<p>de la Escala de Zung, la cual es el resultado de la sumatoria de las declaraciones en sentido positivo y negativo. En segundo lugar, este resultado se compara con el índice de EAMD con lo cual se obtiene el puntaje de la Escala de Zung, de valor internacional. Después de obtenido ello, finalmente se puede determinar el Nivel de Ansiedad y/o Depresión en el que se encuentra el Paciente.</p>	
--	--	--	---	--

ANEXO 5

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL
Calidad de atención	Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. (Fajardo, 2011)	Grado de eficiencia, efectividad, competencia y trato al paciente; que se obtiene mediante la aplicación de una guía elaborada al personal de enfermería del servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN.	HUMANA TECNICA ENTORNO	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto • Información completa • Comunicación. • Confianza y Empatía. • Habilidad. • Conocimiento. • Tiempo. • Seguridad • Integralidad • Comodidad • La alimentación, • Limpieza y orden 	<p>FAVORABLE: < 43</p> <p>MEDIANAMENTE FAVORABLE: 43 - 61</p> <p>DESFAVORABLE: > 61</p>

	<p>Valor que se asigna a la anticipación de un daño, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión; pudiendo ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias</p>	<p>Valor que se asigna a la anticipación de un daño, acompañado de un sentimiento de disforia y/o de síntomas somáticos de tensión; pudiendo ser interno o externo. Y esto se obtiene mediante la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton al personal</p>	<p>Ansiedad leve Ansiedad moderada Ansiedad severa</p>	<p>La privacidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intranquilidad • Temor • Angustia • Inquietud • Incertidumbre • Temblores • Cefalea • Debilidad • Taquicardia • Mareos • Desmayo • Quietud • Nerviosismo • Dolores de estómago e <p>Nivel de ansiedad leve de 26 a 50. Nivel de ansiedad moderada de 51 a 75 Nivel de ansiedad severa de 76 a 100.</p>

	para enfrentarse a una amenaza. (Primaria, 2008)	profesional de enfermería del Servicio de Medicina Palitiva y Tratamiento del Dolor del INEN.		Indigestión <ul style="list-style-type: none"> • Poliurea • Sudor • Preocupación • Pesadilla • Horror. 	
--	--	---	--	---	--

Juicio de expertos

Los instrumentos ya han sido validados en tesis anteriores.