



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO POR
PARTE DEL PACIENTE ADULTO.SERVICIO DE ONCOLOGÍA.
HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, 2016.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO DE
ENFERMERÍA**

Autor(es):

**Bach. Enf. García Vidarte, Katherine Lizeth
Bach Enf . Esquén Barboza, Lisset Vanessa**

Pimentel, Julio. 2016.

Percepción de la calidad del cuidado enfermero por parte del paciente adulto. Servicio de oncología. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016.

Aprobación del informe de investigación por:

Dra. Vallejos Sosa Tomasa
Asesor metodológico

Lic. Castro Limo Lidia Mariela
Asesor especialista

Mg. Gonzales Carhuajulca Doris Bertha
Presidente del jurado de tesis

Lic. Cabrejos Bravo Karla Margarita
Miembro del jurado de tesis

Lic. Castro Limo Lidia Mariela
Miembro del jurado de tesis

DEDICATORIA

A Dios quien me impulsa por el buen camino y que guía todos mis pasos, el que me da fortaleza para seguir adelante, quien confío todas mis inquietudes el me permite seguir adelante con mi existir, y hacer que logre todo lo que me propongo.

A mi madre Adelina Vidarte Polo por su amor y dedicación, quien estuvo en los momentos más difíciles de mi carrera y a mi padre William García López por su constante entrega hacia mi persona, a mi abuela Elva Polo Montañez por brindarme su apoyo siempre.

A la vez a mis cuatro hermanos por su ayuda y consejos de superación, ya que sin ellos tampoco lo hubiera logrado.

Katherine García

Con gran amor a mi padre celestial que día a día me ha ayudado en todo el camino de mi carrera universitaria y personal.

A ti querido padre Eduardo Esquen, quien eres mi compañero, confidente y amigo fiel, además de ser mi ejemplo de lucha constante que durante todos estos años pude recibir de ti el respaldo económico y emocional, te amo papá. iii

Vanessa Esquén

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso, por ser nuestro guía, darnos fuerza, luz y serenidad en el día a día de nuestras vidas.

Especialmente a nuestras queridas asesoras Mg .Margarita Fanning Balarezo, Lic. Mariela Castro Limo por sus constantes asesorías, consejos, sabiduría y motivación para la realización de nuestra investigación.

Katherine y Vanessa

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
RESUMEN.....	7
ABSTRAC	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. Situación problemática.....	13
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Delimitación de la investigación.....	16
1.4. Justificación e Importancia	16
1.5. Limitaciones de la investigación	17
1.6. Objetivos.....	18
1.6.2. Específicos	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de Investigación	19
Nivel Internacional:	19
Nivel Nacional:.....	20
Nivel Local.....	20
2.2. Base teórica-conceptual	21
2.3. Definición de Términos.....	37
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	39
3.1. Tipo y diseño Investigación.....	39
3.2. Población y Muestra	39
Criterio de inclusión:.....	40
Criterios de exclusión:	40
3.3. Hipótesis	40
Definición Conceptual:	40
3.5. Definición operacional:.....	40
3.6. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
P C 41	
3.6.2. Técnicas de recolección de datos.....	42

3.7.	Procedimiento para la recolección de datos.....	42
3.8.	Plan de análisis estadístico de datos	43
3.9.	Principios éticos.....	43
3.10.	Criterios de rigor científico	44
	Objetividad	45
	Auditabilidad	45
	Consistencia.....	45
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS		46
4.1.	Resultados	46
	Tabla 1	46
	Tabla 2	47
	Tabla 3	48
4.2.	Discusión de resultados.....	49
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		54
5.1.	Conclusiones.....	54
5.2.	Recomendaciones	55

RESUMEN

La calidad de los servicios de salud, continúa siendo un problema a nivel nacional. Aún más en los servicios de hospitalización y sobre todo los oncológicos. El cuidado enfermero es una dimensión importante a la hora de ser evaluado por el usuario. Por ello esta investigación tiene como objetivo determinar la percepción de la calidad del cuidado enfermero por el paciente adulto hospitalizado en el servicio de oncología del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero-marzo de 2016. Es un estudio de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo simple; la población muestral estuvo conformada por los 80 pacientes adultos hospitalizados del servicio de oncología. Se utilizó la encuesta y el cuestionario CUCACE. Se concluyó que el 70% de los pacientes adultos perciben que la calidad del cuidado enfermero es regular, el 16.2% refiere que es malo, solo el 13.8% se siente satisfecho. Resultados preocupantes por tratarse de un Hospital de Nivel III. Requiriendo implementar planes de mejora que corrijan esta situación.

Palabras clave: Calidad, cuidado enfermero, percepción,

ABSTRAC

The quality of health services, continues to be a problem at the national level. Even more or hospitalization services and above all the cancer. Care nurse is an important to be evaluated by the user dimension. Therefore this research aims to determine the perception of the quality of the care nurse by the adult patient hospitalized in Almanzor Aguinaga Asenjo hospital Oncology service, in January-March 2016. It is a quantitative study, with simple descriptive design; the population consists of 80 adult patients hospitalized in Oncology, sample service saw the same population for being small. We used the survey and the questionnaire CUCACE, data were processed in tables. It was concluded that 70% of adult patients perceive that the quality of the care nurse is to regulate, 16.2% means that it is bad, only 13.8% are dissatisfied. Results concern because it is a level III Hospital. Requiring to implement improvement plans that corrected this situation.

Key Words: Perception, quality, care nurse.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se describió la percepción de la calidad del cuidado enfermero por parte del paciente adulto en el servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016.

El ejercicio de enfermería en pacientes oncológicos demanda un despliegue de actividades que necesitan de un control más riguroso que en otros pacientes, por estar expuesto a múltiples agresiones tales como: brindar cuidados prolongados a pacientes con limitaciones físicas, deformaciones y, en muchos casos, con pronósticos sombríos que traen como consecuencia el desgaste físico y emocional de los profesionales dedicados a ella⁴. La enfermera tiene que ofrecer cuidados con calidad; que implica mucho más que la administración segura de medicamentos; y la comprensión de los afectos en la persona humana, es decir debe identificar las diferentes reacciones humanas a fin de que se pueda satisfacer sus necesidades en forma oportuna, segura, continua y con calidez (trato humano)⁵.

La calidad del cuidado enfermero es fundamental a la hora de medir la calidad de los servicios de salud; hablar de la calidad de los servicios de salud en el Perú resulta complicado porque intervienen múltiples factores para lograrlo, lo cual los Hospitales albergan pacientes con diferentes patologías. El cáncer es una enfermedad que presenta una gran carga por su costo y el número de personas afectadas.

En los últimos años el tema de la calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel nacional como internacional debido a la competitividad y la globalización. En Colombia al igual que en el Perú uno de los principios rectores de la política sectorial es la calidad del cuidado en salud como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios. La percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería es fundamental, refleja la satisfacción que es uno de los indicadores importantes del proceso del cuidado en salud⁶.

Pero sin embargo, así como se habla de calidad también se tiende hablar de deshumanización en el cuidado que brinda la enfermería. La deshumanización del cuidado, puede ser en parte

consecuencia de que, entre el enfermo y la enfermera, existe una barrera intelectual y efectiva que comporta el desconocimiento del enfermo en todos los aspectos de su personalidad. La enfermera, unas veces por miedo, otras por falta de formación psicológica adecuada, puede refundirse en los cuidados físicos del paciente, evitando en gran manera el encuentro interpersonal global⁷.

Las estadísticas del cáncer describen lo que ocurre en grandes grupos de personas y ofrecen una imagen a través del tiempo de la carga que representa el cáncer en la sociedad. En Estados Unidos la incidencia del cáncer es 454,8 por 100 000 hombres y mujeres por año (con base en casos de 2008 a 2012); siendo los hombres los que ocupan el mayor porcentaje de mortalidad con 207,9 por cada 100 000 hombres².

De acuerdo al informe de Vigilancia Epidemiológica de cáncer en Perú, existe un total de 109 914 casos notificados en el período 2006 al 2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%). En niños (menores de 15 años) los cánceres más frecuentes fueron los del sistema hematopoyético y retículoendotelial (44.2%), encéfalo (8.0%), ojo y anexos (7.8%), ganglios linfáticos (6.9%) y hueso, cartílago y articulaciones (5.2%), siendo diagnosticados mediante un programa de detección precoz o tamizaje¹.

A la vista de estos hechos, ser profesional de enfermería hoy en día, no implica solamente el conocimiento de una serie de técnicas y habilidades, sino que supone cada vez más un saber cuidar a las personas, esto es, comprender las necesidades humanas del enfermo, sus motivaciones, sus sentimientos, sus emociones, entre otros⁶, sobre todo en los pacientes que presentan una enfermedad muchas veces mortal como es el cáncer.

Si bien es cierto existen muchos tipos de cáncer, dentro los más frecuentes que se atienden en el servicio de oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo son el cáncer de mama, cérvix, colon, gástrico y leucemias. El grado de dependencia de estos pacientes son II, III, y en algunas oportunidades hay personas de grado IV, que demandan de mayor cuidado y tiempo por parte de la enfermera. Para atender a estas personas se cuenta con once enfermeras

asistenciales y cinco técnicos de enfermería. En cada turno atienden dos enfermeras y una técnica de enfermería.

Teniendo en cuenta que algunos pacientes refirieron la “frialdad ante el cuidado brindado”; mientras que otras refirieron “recibir un cuidado íntegro respetando creencias y valores”, es por ello que en la presente investigación se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál es la percepción de la calidad del cuidado enfermero por parte del paciente adulto. Servicio de oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero-marzo de 2016?, la cual tuvo como objetivo general el determinar la percepción de la calidad del cuidado enfermero por parte del paciente adulto hospitalizado en servicio de oncología de hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero-marzo de 2016 y como específicos el identificar la percepción de la calidad del cuidado enfermero a partir del nivel de satisfacción del cuidado que brindan las enfermeras del servicio de oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero-marzo de 2016.

Además de identificar la percepción de la calidad del cuidado enfermero a partir del nivel de la experiencia del cuidado que brindan las enfermeras del servicio de Oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, enero-marzo 2016. Así mismo el cuidado del paciente oncológico está sufriendo grandes cambios en los últimos años. Hoy en día la atención de pacientes oncológicos es llevada por profesionales de la salud provenientes de diversas áreas pero en especial de enfermería, en donde consideran mayor importancia la formación científica dejando de lado las ciencias humanas⁶.

Por ello, una manera de ver si sus necesidades son satisfechas es evaluando la percepción de la calidad el cuidado brindado por el profesional de enfermería la cual es considerada como un proceso que busca alcanzar estándares de excelencia dentro de la gerencia del cuidado.

Este estudio provocó la reflexión de las enfermeras, lo cual conllevará a la creación de herramientas que ayuden a mejorar el cuidado y proponer a su vez nuevos protocolos en el cuidado del paciente, identificando los aspectos significativos para alcanzar la calidad en el cuidado que se brinda, lo que favorecerá el fortalecimiento o la mejora de estos comportamientos mediante el establecimiento de acciones de mejoramiento.

La tesis estuvo estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I: Problema de la investigación. Se describe la realidad problemática, formulación del problema; delimitación del problema en la que se detalla el espacio geográfico, la muestra; justificación e importancia de la investigación, limitaciones de la investigación y objetivos tanto generales como específicos.

Capítulo II: Marco teórico. Se detallan los antecedentes del estudio, base teórica científica, definición terminológica.

Capítulo III: Marco metodológico. Tipo y diseño de la investigación; población y muestra: hipótesis, operacionalización; métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos para la recolección de datos; análisis estadístico para la interpretación de los datos; criterios éticos y criterios de rigor científico.

Capítulo IV: Análisis e interpretación de los resultados. Se muestran los resultados en tablas; se realiza la discusión de resultados.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

Según la Organización Mundial de la Salud¹; el cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad, sobre todo en los países en desarrollo. Esta organización define al cáncer como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células. Puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo, pues el tumor puede invadir el tejido circundante y provocar metástasis en puntos distintos.

Las estadísticas del cáncer describen lo que ocurre en grandes grupos de personas y ofrecen una imagen a través del tiempo de la carga que representa el cáncer en la sociedad. En Estados Unidos la incidencia del cáncer es 454,8 por 100 000 hombres y mujeres por año (con base en casos de 2008 a 2012); siendo los hombres los que ocupan el mayor porcentaje de mortalidad con 207,9 por cada 100 000 hombres².

De acuerdo al informe de Vigilancia Epidemiológica de cáncer en Perú, existe un total de 109 914 casos notificados en el período 2006 al 2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%). En niños (menores de 15 años) los cánceres más frecuentes fueron los del sistema hematopoyético y retículoendotelial (44.2%), encéfalo (8.0%), ojo y anexos (7.8%), ganglios linfáticos (6.9%) y hueso, cartílago y articulaciones (5.2%), siendo diagnosticados mediante un programa de detección precoz o tamizaje¹.

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en el control del cáncer en el Perú; la incidencia estimada de cáncer es de 150 casos x 1000 habitantes, esto ocupa el segundo lugar de las causas de mortalidad a nivel nacional de lo cual se estima que el 75% de los casos se diagnostican en etapa avanzada y principalmente en Lima³.

Las altas incidencias de cáncer, conlleva a un mayor compromiso por parte del equipo de salud multidisciplinario. Teniendo como misión proporcionar cuidados cada vez más especializados a la población, exigiendo al profesional de enfermería un cuidado de calidad fundada en una sólida base de conocimiento y habilidades, mediante la aplicación de juicios y razonamientos acertados en un sistema de valores claros y convenientes demostrando responsabilidad en el quehacer de sus funciones ya que el usuario tiene derecho a recibir la mejor calidad de atención⁴.

El ejercicio de la enfermería en pacientes oncológicos demanda un despliegue de actividades que necesitan de un control más riguroso que en otros pacientes, por estar expuesto a múltiples agresiones tales como: brindar cuidados prolongados a pacientes con limitaciones físicas, deformaciones y, en muchos casos, con pronósticos sombríos que traen como consecuencia el desgaste físico y emocional de los profesionales dedicados a ella⁴.

La enfermera tiene que ofrecer cuidados con calidad; que implica mucho más que la administración segura de medicamentos; y la comprensión de los afectos en la persona humana, es decir debe identificar las diferentes reacciones humanas a fin de que se pueda satisfacer sus necesidades en forma oportuna, segura, continua y con calidez (trato humano)⁵.

En los últimos años el tema de la calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel nacional como internacional debido a la competitividad y la globalización. En Colombia al igual que en el Perú uno de los principios rectores de la política sectorial es la calidad del cuidado en salud como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios. La percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería es fundamental, refleja la satisfacción que es uno de los indicadores importantes del proceso de atención en salud⁶.

Pero sin embargo, así como se habla de calidad también se tiende hablar de deshumanización en el cuidado que brinda la enfermera. La deshumanización del cuidado, puede ser en parte consecuencia de que, entre el paciente y la enfermera, existe una barrera intelectual y efectiva que comporta el desconocimiento del enfermo en todos los aspectos de su personalidad. La enfermera, unas veces por miedo, otras por falta de formación psicológica adecuada, puede refundirse en los cuidados físicos del paciente, evitando en gran manera el encuentro interpersonal global⁷.

A la vista de estos hechos, ser profesional de enfermería hoy en día, no implica solamente el conocimiento de una serie de técnicas y habilidades, sino que supone cada vez más un saber cuidar a las personas, esto es, comprender las necesidades humanas del enfermo, sus motivaciones, sus sentimientos, sus emociones, entre otros, sobre todo en los pacientes que presentan una enfermedad muchas veces mortal como es el cáncer⁶.

En la región Lambayeque, provincia de Chiclayo, hace más de 20 años el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo cuenta con el servicio especializado en oncología, se encuentra ubicado en el quinto piso, compartiendo el área física con las especialidades de urología y nefrología.

El servicio de oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo cuenta con veinticuatro camas, que son ocupados por pacientes asegurados derivados de consultorios externos y de emergencia que proceden de la macro región norte (Tumbes, Piura, Ancash, La Libertad, Cajamarca, Amazonas, San Martín y Lambayeque), para recibir tratamiento de quimioterapia prolongado, o atender las complicaciones que muchas veces presentan estos pacientes.

Si bien es cierto existen muchos tipos de cáncer, entre los más frecuentes que se atienden en este servicio son el cáncer de mama, cérvix, colon, gástrico y leucemias. El grado de dependencia de estos pacientes son II, III, y en algunas oportunidades

hay personas de grado IV, que demandan de mayor cuidado y tiempo por parte de la enfermera. Para atender a estas personas se cuenta con once enfermeras asistenciales y cinco técnicos de enfermería. En cada turno participan del cuidado dos enfermeras y una técnica de enfermería.

Es el profesional de enfermería el encargado de realizar actividades como: monitorización de signos vitales, evaluar el estado de conciencia, nutrición, hidratación, nebulizaciones, oxigenoterapia, canalización de vías endovenosas periféricas, instalación de quimioterapia, control de sus efectos adversos, entre otros. Frente al cuidado brindado algunos pacientes refieren la “frialidad ante el cuidado brindado”; mientras que otras refieren “recibir un cuidado íntegro respetando creencias y valores”, es por ello que en la presente investigación planteamos la siguiente interrogante.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la percepción de la calidad del cuidado enfermero por parte del paciente adulto. Servicio de oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero-marzo de 2016?

1.3. Delimitación de la investigación

La presente investigación se realizó en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, donde las personas participantes fueron los pacientes adultos hospitalizados en el servicio de oncología; que se realizó en el periodo de enero-marzo del 2016.

1.4. Justificación e Importancia

El cuidado del paciente oncológico está sufriendo grandes cambios en los últimos años. Hoy en día el cuidado de pacientes oncológicos es realizado por los profesionales de la salud provenientes de diversas áreas, pero en especial el profesional de enfermería, quien prioriza la formación científica dejando en último lugar las ciencias humanas⁶.

Por ello, una manera de ver si sus necesidades son satisfechas es evaluando la percepción de la calidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería la cual es considerada como un proceso que busca alcanzar estándares de excelencia dentro de la gerencia del cuidado.

Evaluar la percepción de la calidad del cuidado del paciente cobra cada día mayor importancia, ya que se obtiene de las entrevistadas respuestas sobre las características y actitudes asociadas al cuidado recibido y así identificar las debilidades que muestra el personal de enfermería ante el cuidado que brinda.

Este estudio provocará la reflexión de las enfermeras, lo cual conllevará a la creación de estrategias que ayuden a mejorar el cuidado y proponer a su vez nuevos planes de mejora para el cuidado del paciente, identificando los aspectos significativos para alcanzar la calidad en el cuidado que se brinda, lo que favorecerá el fortalecimiento o la mejora de estos comportamientos.

Por consiguiente también es importante para las estudiantes de enfermería, porque va direccionar su formación, orientando un cuidado basado en el nuevo paradigma de calidad que incluye la humanización y la científicidad en el hacer de enfermería, para de esta forma mejorar su formación, orientar los cuidados, entender las respuestas humanas del paciente oncológico y protocolizar la atención desde la etapa de formación.

1.5. Limitaciones de la investigación

Una de las dificultades presentadas al inicio de la ejecución de la tesis fue la demora del jurado de ética de la sede hospitalaria, para aprobar el proyecto y autorizar la recolección de datos.

1.6. Objetivos

1.6.1. General

Determinar la percepción de la calidad del cuidado enfermero por parte del paciente adulto hospitalizado en servicio de oncología de hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero- marzo de 2016.

1.6.2. Específicos

Identificar la percepción de la calidad del cuidado enfermero a partir del nivel de satisfacción del cuidado que brindan las enfermeras del servicio de oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero-marzo de 2016.

Identificar la percepción de la calidad del cuidado enfermero a partir del nivel de la experiencia del cuidado que brindan las enfermeras del servicio de Oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, enero-marzo 2016.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Investigación

Respecto al tema de investigación, y luego de haber realizado una búsqueda minuciosa se toma como referentes teóricos los siguientes trabajos, cuyas conclusiones se consideraron importantes como antecedentes, ya que están relacionados con los objetivos, objeto y sujetos de estudio de esta investigación:

Nivel Internacional:

Acosta A, Mendoza C, Morales K y Quiñones A ¹⁰, elaboraron un estudio sobre la “Percepción del paciente hospitalizados sobre el cuidado humanizado brindado por Enfermería en una Institución Prestadora de Salud de Tercer Nivel”, en Cartagena en el 2013; mediante la aplicación de una encuesta sobre la percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería, teniendo una muestra de 90 pacientes entre hombres y/o mujeres. Concluyendo que el 70% de las personas hospitalizadas en la Clínica Universitaria San Juan de Dios, que fueron encuestadas siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado en el personal de enfermería que labora en la institución, un 15% casi siempre, un 11% algunas veces y un 4% respondieron que nunca percibió comportamientos de cuidado humanizado en la enfermera.

Torres C. y Buitrago M⁵, elaboraron un estudio sobre “La percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos”, siendo realizado en Colombia, Bucaramanga en el 2011”, el instrumento utilizado fue la aplicación de cuestionarios de calidad de cuidados de enfermería (CUCACE); basado en las dimensiones de experiencias y satisfacción con el cuidado de enfermería; Se calculó un tamaño de muestra de 75 pacientes; donde se concluyó que los pacientes del estudio están conformes con el cuidado y la atención brindada por las enfermeras en general fue excelente con un porcentaje de 58,7%, seguido de muy bueno con 29.3%, bueno con 10.7% y regular con 1.3%, se obtuvo una puntuación media de 80.4% sobre 100 para

la dimensión de experiencia con el cuidado y de 82.7 para la dimensión de satisfacción con los cuidados.

Torres C¹¹, realizó su estudio sobre “La percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados” en Colombia, 2010, la población estuvo conformada por 450 pacientes y por muestra 180 pacientes; utilizando el instrumento (CUCACE), basado en las dimensiones de experiencias y satisfacción con el cuidado de enfermería. Las conclusiones entre otras fueron: “Los pacientes de la Clínica Chicamocha tienen en general una percepción positiva en cuanto al cuidado de enfermería recibido, con una puntuación global de 66,1 para la dimensión de experiencia con el cuidado y 72,4 para la dimensión de satisfacción.

Nivel Nacional:

González M y Gladys A¹³, realizaron su investigación “Percepción de la calidad de cuidado de enfermería del adulto oncológico que recibe quimioterapia ambulatoria. Iren Norte” en Trujillo, 2010. La muestra estuvo constituida por 323 adultos oncológicos del Servicio de Quimioterapia Ambulatoria del IREN NORTE, para la recolección de datos se utilizó el siguiente instrumento: Test de Actitud del Adulto Oncológico, utilizando la escala Likert modificada. Teniendo como conclusiones a las que se llegó fueron que el 55.4% (179) adultos oncológicos presentaron una percepción de un nivel alto de cuidado de Enfermería; el 41.5% (134) adultos oncológicos presentaron un nivel de percepción de mediana calidad y el 3.1% (10) presentaron un nivel de percepción de la calidad de cuidado de enfermería bajo.

Nivel Local

Monchón P y Montoya Y¹⁴, elaboraron un estudio titulado “Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, Servicio de Emergencia. Hospital III-ESSALUD”, Chiclayo; 2013. La muestra fue aleatoria simple, constituido por 329 pacientes. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL modificada, validada a través de una prueba piloto, siendo el Alfa de

Cronbach de 0,76. Los resultados obtenidos mostraron que un 64,18% de los usuarios afirman que el nivel de calidad del servicio es bajo, el 30,18% lo califica como nivel de calidad medio y el 5,64% como nivel de calidad alto. Las dimensiones mejores calificadas fueron las de fiabilidad y capacidad de respuesta con una brecha de -0,92 y la de más baja ponderación fue la dimensión de elementos tangibles con una brecha de -1,08. Se concluyó que el nivel de calidad del cuidado enfermero en el servicio de emergencia de este hospital es bajo.

2.2. Base teórica-conceptual

Watson²², ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial–fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según Walker:

Tenemos la premisa uno; que nos habla del cuidado y la enfermería que han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido las enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar a un nivel mayor los problemas y los asuntos de su profesión, además han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

La Premisa dos; nos refiere que “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera y el paciente. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Seguida de la premisa tres; precisa que el grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Por ello las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales y espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y proporcionan el fundamento para el desarrollo de su teoría.

Existen Conceptos de Metaparadigmas de Watson que ayudan en su teoría del Cuidado Humano, siendo estos¹²:

La Salud que tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) y está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

La persona quien considera como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder, para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.

El entorno que lo define como el espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

En la enfermería Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermera debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Esta centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. A la vez menciona que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro y es capaz de detectar, sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Por otro lado considerando la variable percepción de la presente investigación es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de lo que le rodea, en relación enfermera – ser cuidado, esta subyace de esta interrelación en el momento de “cuidar al otro”, cómo se interiorizan los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada a quien se denominada cuidadora¹⁶.

Así mismo la percepción del cuidado humanizado de enfermería consta en el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado. Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidador y ser cuidado, se categorizan en 9 comportamientos de cuidado humanizado: sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, pro actividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención; la percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía”¹⁶.

Por eso el personal de enfermería debe tener ciertas actitudes para brindar un cuidado humanizado; por medio de sus vivencias, logros e interacción con los pacientes, adquiere la capacidad de saber que el cuidado humanizado no solamente son procedimientos técnicos sino que involucra la capacidad de percibir al ser humano en sus diferentes dimensiones ¹⁶. Por ello la percepción del cuidado enfermero debe basarse en la esencia del aspecto humano, espiritual y transpersonal, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. La teoría de Watson contribuye con sus aportes a la sensibilidad de los profesionales hacia aspectos más humanos¹⁷.

Por consiguiente para que haya una buena percepción, cabe mencionar a la calidad que etimológicamente proviene del latín QUALITIS que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, nobleza, superioridad entre otras muchas acepciones¹⁴.

De igual forma la Organización Mundial de la Salud define la calidad como “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso” ¹. Del mismo modo, la calidad del cuidado de enfermería se define como: “ la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la del personal de enfermería¹⁴.

Además la calidad también es considerada un valor organizacional del sistema de salud, en torno a ella se han incorporado varios esfuerzos y estrategias para mantenerla y mejorarla con un nuevo paradigma, en el cual se plantea la evaluación como un acto indispensable para demostrar los resultados del proceso de atención

para la salud, donde la calidad debe ser explícita, siendo posible y fundamental, medir para comparar, comprender y mejorar la atención en los servicios de salud¹⁷.

Si bien es cierto que la calidad es responsabilidad de todo el grupo multidisciplinario que presta sus servicios en los establecimientos de salud, el rol de la enfermera es de particular importancia entre ellos, ya que es quien brinda cuidado directo y está en contacto con el paciente por más tiempo, por lo que una atención directa, interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los pacientes, ya que son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención, como un todo¹⁸.

Según Romero afirma que 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; la calidad es practicar la limpieza, es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que los pacientes tenga confianza en el servicio que se les brinda”¹⁸.

Cuando se habla de calidad, esta se refiere a determinadas características, que hacen que el usuario acepte los servicios o productos, de acuerdo a como los han percibido, con mayor o menor satisfacción, porque le ha parecido que lo recibido ha superado sus expectativas; en esa medida, puede ser mucho mejor de lo que esperaba (Alta calidad) o contrariamente a ello, mucho peor de lo que esperaba (Baja calidad), como consecución de la plena satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente, lo cual es atribuible a la percepción del usuario en relación a la calidad del servicio.

En la calidad del cuidado; el bien interno de una profesión tiene su génesis en la ética, es el fin específico por el cual esa actividad cobra sentido. Para alcanzarlo es preciso dominar tanto las técnicas y habilidades propias de la profesión, como saber hacer uso de ella. Convertirlas en un bien para las personas, los colectivos y las comunidades que se benefician en las acciones del ejercicio, le otorga a la profesión legitimidad

social. El bien interno de la enfermera consiste en el cuidado a las personas, familias y comunidades, para mantener la calidad de vida; identificar, disminuir o eliminar los riesgos de enfermera y ayudar a recuperar la capacidad del autocuidado¹⁶.

Así mismo los profesionales de enfermería, en su mayoría, reconocen que el cuidado es un servicio susceptible de mejorarse permanentemente. Esta circunstancia debe movilizar las tendencias de la profesión hacia la implementación de estrategias de mejoramiento continuo y satisfacción de las necesidades de los usuarios a costos razonables¹⁹.

La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes; la naturaleza de los cuidados, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone y los medios físicos, financieros, tecnológicos y humanos necesarios¹⁹.

Para el adulto oncológico, el cuidado de la calidad debe satisfacer sus necesidades percibidas; debe prestarse de manera cortés y en el momento que lo necesite. Para ello los aspectos de la calidad más importantes se centran en la eficacia, accesibilidad, continuidad, oportunidad de atención, relaciones interpersonales y comodidad.

Donde la eficiencia, es la capacidad de suministrar el mayor beneficio utilizando los recursos con los que se cuenta²⁰; la accesibilidad es el grado de facilidad que tiene el usuario para establecer una relación con los usuarios donde requiere ser atendido; la continuidad es el grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios que necesitan, sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento y la comodidad, se relaciona con el confort que ofrece la estructura física del establecimiento de salud, aspectos visuales como la limpieza, la señalización de los servicios, el uniforme del personal de salud, la privacidad del ambiente, la no presencia de gente en la consulta, la ausencia de contradicciones de opinión médica²¹.

Este avance ha permitido ofertar dicho cuidado de calidad y, hoy más que nunca, existe una clara conexión entre la percepción del cuidado de enfermería por parte del usuario y la atención recibida. Sin obviar que la calidad del cuidado aumenta la moral de los profesionales y mejora la valoración que de ellos tienen no sólo los pacientes, sino todo su entorno inmediato¹².

Esto cobra especial relevancia en la enfermería, pues su esencia es el trato humano, entendido éste como servicio a la persona y respeto a su dignidad y en donde las acciones de enfermería, altamente flexibles y cargadas de sensibilidad con el trato humano, son expresadas a través de la práctica y la interpretación de los patrones del conocimiento (empírico, personal, ético, estético) y pueden llevar al conocimiento y a la valoración del cuidado¹².

Según Watson J., en su teoría “Cuidado humano “, sostiene que el cuidado de enfermería es considerado como un valor humanitario, un compromiso moral, y un acto de protección a la dignidad humana .Otro concepto que Watson sostiene es que es un proceso transpersonal entre la enfermera y la persona cuidada, que tiene la capacidad de expandir la conciencia humana, trascender el momento y potenciar la sanación; buscando ayudar a la persona el más alto nivel de armonía entre su cuerpo, alma y espíritu. Esta empieza cuando la enfermera entra en el campo fenoménico, percibe y siente lo vivido por la persona y responde a ello, permitiéndole exteriorizar sentimientos o pensamiento²².

Por ello el cuidado enfermero, tiene una base metodológica, lógica y científica que es el proceso cuidado enfermero; el cual se define como un método racional, lógico, sistemático, dinámico, interactivo, flexible, de planificación y prestación individualizada de los cuidados centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona ante sus alteraciones de la salud reales y potenciales, cuyo último fin es el bienestar²⁰.

Watson²²., basa la confección de la teoría en 7 supuestos acerca de cuidado humanizado:

El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular en enfermería, de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.

La misma autora considera que el cuidado está condicionado a factores destinados a satisfacer necesidades humanas.

A la vez describe que el cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.

Donde un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso; la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.

La práctica del cuidado es central en la enfermería, ya que un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar

sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.

La población con la que se trabajó fue la etapa adulta la que es considerada como segunda edad de la vida del ser humano, que incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido entre los 20 hasta más de los 60 años de edad²³.

La vida adulta se puede Clasificar de la siguiente manera:

Adulto joven de 18 años a 35 años

Adulto maduro de 35 años a 59 años

Adulto mayor de 60 a más

El adulto joven alcanza la madurez física y sus sistemas corporales funcionan a óptimo nivel, donde adquieren una filosofía de la vida acorde con los cambios sexuales, las transformaciones físicas y el momento social en el cual se desarrollan. La percepción sensorial e intelectual y el vigor muscular están al máximo²³.

En el adulto maduro se dará el crecimiento y a partir de los 45 años hay una disminución progresiva de la talla debido a los cambios degenerativos. Desarrolla un nuevo tipo de relación interpersonal. Desecha a voluntad lo que considera bueno o malo y contribuye a la transformación del medio. Así como a su desarrollo; se convierte en un eslabón más del proceso social.

Asimismo la Organización Mundial de la salud considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más quienes viven en los países en vías de desarrollo²³.

En relación con las características personales del adulto, posee dimensiones físicas, psicológicas y culturales variadas, destaca que por la variedad de características del adulto y lo definidas que están, éste es un ser totalmente diferente al niño. Por estas

características, el proceso de aprendizaje del adulto debe desarrollarse de una manera particular²³.

Dentro de las dimensiones físicas; volteando una mirada a nuestro rededor podremos comprobar que el adulto joven típico es un espécimen físicamente bueno, le caracteriza su fuerza, energía y resistencia. Desde la mitad de los 20 años, cuando la mayor parte del cuerpo está completamente desarrollado (en tamaño) hasta alrededor de los 50, el declive de las capacidades físicas está generalmente tan graduado que se nota difícilmente²³.

Hoy día los que tienen veinte años tienden a ser más altos que sus padres por la tendencia secular, consecuencia de una mejor alimentación y atención a la salud. Entre los años 30 a los 45, la altura es estable luego comienza a declinar; la fuerza muscular tiene su punto entre los 25 y los 30 años de edad y luego viene una pérdida gradual de 10% entre las edades de los 30 a los 60. La mayor parte del debilitamiento ocurre en la espalda y en los músculos de las piernas, un poco menos en los músculos de los brazos. La destreza manual es más eficiente en los adultos jóvenes; la agilidad de los dedos y los movimientos de las manos empiezan a disminuir después de la mitad de los 30 años²³.

Los sentidos están también más agudos durante la vida adulta joven. La agudeza visual es más penetrante alrededor de los 20 años y empieza a declinar alrededor de los 40. Una pérdida gradual de la audición empieza típicamente antes de los 25 años, después de estos, la pérdida llega a ser más real. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y a la temperatura generalmente no muestran ninguna disminución hasta cerca de los 45 a los 50 años²³.

Con respecto a la salud de los adultos jóvenes, son considerados el grupo más sano de la población. Aproximadamente el 90% de los jóvenes opinan que su salud es excelente, muy buena o buena y tienen mucho menos resfriados e infecciones

respiratorias que cuando eran niños; y que cuando tiene resfriados, generalmente se deshace de ellos fácilmente. Muchos adultos jóvenes nunca están seriamente enfermos o incapacitados. Menos de 1% están limitados en la habilidad de moverse y hacer cosas por dolencias crónicas o deterioro²³.

Cerca de la mitad de todas las dolencias agudas experimentadas en la vida adulta joven son respiratorias, y otro 20% son heridas. Las dolencias crónicas más frecuentes, especialmente en familias de bajos ingresos, son problemas de espalda o de la columna, deterioro de la audición, artritis e hipertensión.

Las razones más frecuentes para la hospitalización en estos años son alumbramientos, accidentes y enfermedades del sistema digestivo y genitourinario.

Dado el estado saludable de la mayoría de los adultos jóvenes, no es de sorprender que los accidentes (principalmente de automóvil) sean la causa principal de muerte en la gente entre los 25 y los 34. La siguiente es cáncer, seguida de enfermedades del corazón, suicidio y homicidio provocado por agresión física o verbal. Entre las edades de 35 y 44, sin embargo, el cáncer y las enfermedades del corazón son los asesinos más grandes²³.

La raza y el sexo establecen una diferencia significativa en las tasas y las causas de mortalidad en la edad adulta joven. La gente negra en lo Estados Unidos de Norteamérica y la gente de origen sud americano tiene dos veces más probabilidad que la blanca de morir en esta época dentro de las grandes ciudades. Los hombres en el grupo de edad de los 25 a los 44 tienen dos veces más probabilidad de morir que las mujeres de esta edad. Los hombres tienen más probabilidad de morir en accidentes automovilísticos y las mujeres por cáncer²³.

Existe una relación epidemiológicamente demostrada entre la enfermedad y el envejecimiento, esto no quiere decir que todas las enfermedades aumenten en función de la edad. Se señala dos grupos: enfermedades que se relacionan con la edad, las

cuales se asocian con más frecuencia a una edad específica y las enfermedades que dependen de la edad, las que aumentan su incidencia de forma exponencial en la medida que aumenta la edad. Hay ciertos desórdenes asociados con los cambios intrínsecos que acompañan al envejecimiento y a los cuales el adulto mayor es particularmente proclive: los trastornos motores del esófago y la osteoartritis, por ejemplo.

Algunas complicaciones de enfermedades comunes ocurren sólo décadas después de iniciado el proceso y son por ende más frecuentemente observadas en el adulto mayor (manifestaciones neoplásicas, las complicaciones de la hipertensión arterial o las manifestaciones tardías de la diabetes)²³.

En la presente investigación se trabajó con los pacientes oncológicos, cuya esperanza de vida para ellos se ha triplicado. Sin embargo, toda enfermedad de larga duración, crónica o que pone en peligro la salud física y psicológica del individuo entronca con un fenómeno humano universal: el sufrimiento. Y este fenómeno es personal e íntimo, donde el cáncer juega un papel disparador pero donde es el individuo, en último caso, el que afrontará de una manera u otra la enfermedad, sus consecuencias intrínsecas (el propio deterioro físico celular) y extrínsecas (los tratamientos invasivos frecuentemente necesarios en estas enfermedades)²³.

El sufrimiento como experiencia humana en el ámbito del cáncer tiene tres grandes afectados: el paciente, la familia-ámbito social (amigos, compañeros) y el personal sanitario. La interrelación entre el malestar del paciente, de la familia y del personal sanitario hace que el malestar percibido de uno de ellos puede amplificar o minimizar el malestar de los demás. Las expectativas de uno pueden influir en los otros y viceversa, y estas expectativas y metas pueden diferir de un colectivo a otro²³.

Así, podemos encontrar que en el paciente oncológico las metas son²⁴:

Recobrar el bienestar físico, ajustar o restaurar la integridad corporal después de la mutilación o la pérdida de las funciones corporales, restaurar o preservar el equilibrio emocional, superar la inseguridad y la sensación de pérdida de control, adaptarse a situaciones médicas poco habituales, sobreponerse a la amenaza existencial y preservar una calidad de vida significativa bajo diferentes circunstancias.

En la familia y ámbito social (amigos, compañeros de trabajo, vecinos, conocidos) las metas ante la nueva situación creada por la enfermedad oncológica pueden ser:

La recuperación, mantener o recobrar una relación aceptable con la pareja, recobrar o restablecer el papel desempeñado en la familia, asegurar los recursos sociales y financieros de la familia, retomar la posición laboral o adaptarse a un cambio de ocupación, mantener relaciones sociales con amigos y conocidos.

Por parte del personal sanitario, las expectativas y metas que tiene respecto al paciente son:

Cumplir óptimamente con todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos (en ocasiones muy invasivos), resistir intervenciones dolorosas y/o molestias que se ajuste al nuevo rol que demanda el ambiente médico, coopere de forma activa en la rehabilitación, que mantenga la estabilidad emocional.

Todos estos aspectos en un contexto en el que el paciente se puede encontrar inmerso en preocupaciones existenciales que aparecen por primera vez en su vida. El paciente se puede ver envuelto en la desesperanza, la pérdida de significado vital, en la sensación de futilidad y separación, y en un miedo al vacío, a la nada. No es extraño, por tanto, que el paciente se preocupe por la muerte, que vea la enfermedad como un castigo y que tenga remordimientos por un sentimiento de culpa (“no debí fumar”, “debía haberme preocupado más por mi salud”, “¿por qué no fui a hacerme las revisiones?” etc.).

Junto a ello, la enfermedad oncológica y sus tratamientos a pesar de los adelantos técnicos, farmacológicos y médicos en general sigue presentando una serie de síntomas físicos importantes, como son²⁴:

El dolor, la falta de energía, la somnolencia, mareos, náuseas, vómitos, la dificultad para tragar, entumecimiento, picor, problemas gastrointestinales (estreñimiento, diarrea), tos, problemas respiratorios, inflamación de brazos y piernas, cambios en el peso corporal, problemas sexuales, etc.

Además de una serie de alteraciones psicológicas que se desprenden de todo lo planteado en²⁴:

Ansiedad y depresión, problemas en el ciclo del sueño, pesadillas, dificultades en la respuesta sexual, irritabilidad, problemas de comunicación, malestar por el sufrimiento de la familia, problemas de concentración, dificultades para tomar decisiones, malestar relacionado con los servicios de salud miedo al futuro y desesperanza.

Todo enfermo de cáncer está en una situación estresante en extremo. Con su enfermedad se juega la vida. Las intervenciones quirúrgicas, la expectativa ante los permanentes exámenes médicos y sus resultados, el diagnóstico y los tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia, y otros tratamientos clínicos con el uso de fármacos que generan dependencia, conforman un estado de estrés extremo, tanto para quien lo padece como para los familiares, amigos y discípulos. Definitivamente los enfermos oncológicos y sus familiares necesitan apoyo y tratamiento psicológico²⁴.

El primer impacto lo sufre el enfermo cuando se determina la enfermedad y se le informa. Ello supone un fuerte golpe emocional. Las primeras reacciones son de miedo, luego incredulidad y después generalmente aparece la depresión o un estado de ansiedad constante, a veces intensa; pronto el enfermo toma conciencia que enfrenta su propia mortalidad, la otra vida se hace presente en el pensamiento creando nuevas preocupaciones sean estas de orden práctico, como el que pasará -si deja de

existir- con la familia, con su trabajo, con sus asuntos; o de orden espiritual o religioso, como el preguntarse qué acontecerá después de su fallecimiento en la otra vida²⁴.

Se crean entonces problemas de angustia, depresión y de sentimientos de culpa. Algunos pacientes desarrollan una profunda rabia como consecuencia de la pregunta ¿Por qué a mí?

El estrés emocional llega a afectar el curso del mal por su consecuencia en la disminución de la función inmunológica. El dolor en el paciente con cáncer lo afecta psicológicamente de manera dramática. Bien sea porque le impida llevar una vida como estaba acostumbrado, o por la acción de los medicamentos analgésicos que igualmente provocan alteraciones en la psiquis del paciente y en la forma de encarar sus labores habituales²⁴.

Las fases que sigue un paciente de cáncer se resumen en el modelo de Kübler-Ross²⁴, quien propone las siguientes etapas:

La primera fase es la “negación” frente al diagnóstico de la enfermedad y ante el pronóstico de muerte, la persona se rehúsa a creer que le ocurre. Otra forma de negarlo, luego de ver los primeros diagnósticos, y de recibir algún tratamiento, es creer que ya está curado y comenzar a actuar como si en realidad lo estuviera. Al final de esta fase el paciente termina aceptando su enfermedad.

La segunda fase es de “negociación”, en esta etapa, luego de aceptar el diagnóstico, el enfermo intenta alterar de algún modo su condición, por la vía de un acuerdo que, generalmente, se establece con Dios. El paciente hace promesas de cambiar, mejorar, de hacer las cosas en lo sucesivo de modo diferente. Todo esto como consecuencia que el enfermo supone que hizo algo mal y por esto fue castigado, o porque cree que portándose mejor que antes, Dios lo va a salvar²².

La tercera fase es de “depresión” que ocurre cuando la enfermedad continúa y las promesas no funcionan. El paciente suele remitirse entonces a una revisión de las cosas inconclusas y las que no van a realizarse en el futuro²⁴.

En algunos pacientes, luego de la fase de negación, en lugar de la depresión, aparece una fase de “rabia” que donde el paciente se da cuenta de que su situación es realmente seria y entonces se convierte en una persona iracunda, unas veces llena de resentimiento y otras veces estallando en toda clase de recriminaciones e insultos, echando la culpa de su situación a distintas personas o entidades, incluido Dios²⁴.

La última fase es la “aceptación” donde la depresión pasa a un segundo plano, y la expectativa del encuentro con la otra vida puede derivar en calma y tranquilidad. La familia juega un papel vital en estos momentos. Producto de la admisión de los hechos, el paciente toma un segundo aire y se siente psicológicamente mejor. Puede ser el momento adecuado para abandonar un trabajo estresante y plantearse qué puede hacer para dejar resuelto los asuntos inherentes a sí mismo, a su familia y de solventar cuestiones pendientes, así como procurar su reconciliación con la Divina Providencia²⁴.

Por otra parte se considera a la satisfacción, según el diccionario de la Real Academia Española, como “sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad”³².

La satisfacción de los usuarios en los servicios de salud se evidencia en la importancia de los siguientes factores: tiempo de espera, costo o modalidades de pago, trato recibido por el personal de salud, limpieza del área, nivel de comunicación entre el personal de salud y el usuario, accesibilidad a los servicios de salud, comprensión de los problemas personales, confiabilidad de las instituciones, competencia técnica y seguimiento por parte de los doctores entre otros³².

El estado de satisfacción influye positivamente en el bienestar físico, mental y social en beneficio del usuario en una institución de salud. La sociedad tiene la obligación de atender la salud de sus miembros y fomentar la capacidad de vivir en un mundo en el

que constantemente se deben coordinar los esfuerzos para evitar los riesgos de enfermar, prolongando la vida y estimulando el mejoramiento de la salud.

Patricia Larson afirma que la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería durante la hospitalización debe ser evaluada por medio de los objetivos del cuidado de enfermería, los cuales son³²:

La accesibilidad que hace referencia a los comportamientos de cuidado en relación al apoyo y la oportunidad.

El Confort lo cual hace alusión a los cuidados que ofrece el profesional de enfermería con el fin de que la se sientan cómodos, en pro de fortalecer su bienestar.

Se anticipa; que es la evaluación de los cuidados que el profesional de enfermería plantea con anterioridad, teniendo en cuenta las necesidades del paciente hospitalizado con el fin de prevenir complicaciones.

Se mantiene relación de confianza; lo cual hace referencia a los cuidados que ofrece el profesional de enfermería para que el paciente hospitalizado y así tenga esperanza firme en ella, estos cuidados son orientados a la recuperación, permitiendo a su vez una confianza y una cercanía con la presencia física del profesional de enfermería.

El monitoreo y seguimiento, que son aquellos cuidados que ofrece el profesional de enfermería, que tienen un conocimiento propio, dominando lo técnico - científico de los procedimientos a realizar en su grupo de trabajo; realizando al final una evaluación de que todo se haga bien y a tiempo, en pro de las necesidades del paciente hospitalizado.

De este modo Larson y Ferketich (1993) elaboran el instrumento denominado “satisfacción del cuidado” donde definen el cuidado como las acciones intencionales que llevan al cuidado físico y emocional, promoviendo un sentido de seguridad.

2.3. Definición de Términos

Cuidado: Es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él²⁵.

Percepción: Es un proceso que resulta de la interacción de las condiciones de los estímulos por una parte y otra de los factores internos que corresponden al observador, además de los factores externos²¹.

Calidad: El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso¹⁴.

Oncología: Es la especialidad médica que estudia y trata las neoplasias; tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los tumores malignos o cáncer²⁴.

Adulto: Se define como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadora²³.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño Investigación

El presente estudio es una investigación cuantitativa descriptiva y el diseño metodológico que se usó en esta investigación es de tipo “no experimental”.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

La población estuvo constituida por 80 pacientes adultos hospitalizados en el servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

3.2.2. Muestra: La población de estudio por ser pequeña fue considerada también como muestra de estudio.

Criterio de inclusión:

En este estudio se incluyó solo a pacientes adultos oncológicos que se encontraron hospitalizados en el servicio de oncología que desearon participar voluntariamente en el estudio.

Pacientes que estuvieron hospitalizados como mínimo 48 horas.

Criterios de exclusión:

Los pacientes con orden de alta y analfabetos.

Pacientes en fase terminal o con dificultades para poder responder a las preguntas planteadas.

3.3. Hipótesis

En la investigación no existe hipótesis, ya que de acuerdo Hernández Sampieri²⁶ en una investigación descriptiva simple esta opcional, por lo cual que se prescindió de ella.

3.4. Variable: Percepción de la calidad del cuidado enfermero.

Definición Conceptual:

Es el proceso mental mediante el cual el paciente obtiene momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado enfermero¹⁵.

3.5. Definición operacional:

Para la obtención de la variable se aplicó el cuestionario CUCACE que evalúa dos dimensiones “la experiencia del cuidado y satisfacción del cuidado.

Teniendo una puntuación equivalente a:

Bueno: 229 – 315 puntos.

Regular: 136 – 228 puntos.

Mala: 45 – 135 puntos.

Variable	Dimensión	Indicadores	Técnica e Instrumento
Percepción de la calidad el cuidado enfermero	Experiencia del cuidado	Comunicación que se establece la enfermera con el paciente. Aplicación del principio bioéticos. Preocupación en el cuidado brindado. Control de las enfermeras en situaciones estresantes. Trabajo en equipo multidisciplinario.	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario CUCACE elaborado por Thomas LH en 1996, traducido al español por Rosario Alonso et al 2005.
	Satisfacción del cuidado	Eficiencia en el cuidado. Trato humano en los cuidados. Proporción adecuada de información por parte de las enfermeras hacia los pacientes.	

3.6. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Abordaje metodológico

Esta investigación es descriptiva simple.

El esquema se representa así:

P C ———

Dónde:

P: Pacientes adultos oncológicos hospitalizados en el servicio de Oncología.

C: Percepción de la calidad del cuidado enfermero

3.6.2. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la encuesta; el instrumento que se aplicó fue el CUCACE (Anexo 1) que significa Cuestionario de calidad de cuidados de enfermería el cual fue auto-aplicado, versión en castellano de Rosario Alonso y colaboradores, 2005, versión en inglés: NSNS (Newcastle Satisfacción with Nursing Scales) de Thomas LH, 1996; basado en las dimensiones de experiencias y satisfacción con el cuidado de enfermería. Este instrumento ha sido empleado y validado en otras investigaciones donde se determinó la confiabilidad y se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,90 lo que indica que es satisfactorio pero que a su vez, está dividido en dos secciones:

La primera sección experiencias con los cuidados de enfermería. Experiencia en los cuidados recibidos de las enfermeras durante su estancia hospitalaria.

Las preguntas consistieron en una afirmación hecha, con siete posibilidades para responder tipo Likert. En total son 26 preguntas, 15 formuladas en sentido positivo y 11 en sentido negativo. Esta sección puntúa sobre 100, correspondiendo el máximo a la mejor atención posible.

La segunda sección es la satisfacción con los cuidados de enfermería; constó de 19 preguntas, con una respuesta tipo Likert de 5 opciones, todas en sentido positivo. También puntúa sobre 100, y el máximo corresponde a la completa satisfacción, en una clasificación de “buena” con un puntaje de 133-182, “regular” con un puntaje de 79 – 132 y “mala” con un puntaje de 26 - 78 en la dimensión de experiencia; en la dimensión de satisfacción tiene una clasificación de “buena” con un puntaje de 97 – 133, “regular” con un puntaje de 58 - 96 y “mala” con un puntaje de 19 – 57.

Llegando así a una calidad “buena” con una puntuación de 229 – 315, una calidad “regular” con una puntuación de 136 – 228 y una calidad “mala” ” con una puntuación de 45 – 135.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos.

En esta investigación el proceso de recolección de datos se dio de la siguiente forma: Se solicitó a la dirección de escuela de la universidad un documento de autorización para la realización de la investigación en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, para su ejecución de la investigación.

Se coordinó con la jefa de oncología lo cual facilitó el acceso al servicio y a los pacientes, luego se habló con cada paciente y se le explicó el motivo de nuestra presencia para la colaboración voluntaria; se explicó la composición de nuestro instrumento y la forma como en que lo llenaron desde el consentimiento informado (Anexo 2), hasta las preguntas que contuvo el cuestionario.

3.8. Plan de análisis estadístico de datos

Para obtener los resultados de la investigación, se aplicó la estadística descriptiva Excel; se les realizó un análisis estadístico, que a su vez calculó la moda y la mediana, los datos obtenidos fueron tabulados y procesados.

3.9. Principios éticos

Según Belmont²⁷ La expresión "principios éticos básicos" se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, tres de ellos son particularmente relevantes para la ética de la experimentación con seres humanos, siendo estos:

El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que su autonomía tiene derecho a ser protegida²⁷. Este principio se practicó de manera constante ya que el paciente fue autónomo para decidir de su participación o

no en la investigación, a la vez expresaron ideas o pensamientos; como también “callaron” u “ocultaron” experiencias personales doloras.

El principio "beneficencia" se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. La beneficencia se entiende en sentido más radical, como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: No causar ningún daño, y (maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños. Se hizo uso de este principio no realizando ningún daño ya sea físico, ni verbal al momento de haber aplicado la investigación.

Otros de los principios que considera Belmont es la justicia, pues es, necesario, explicar bajo qué consideraciones la gente debería ser tratada con igualdad. Existen varias formulaciones ampliamente aceptadas sobre la justa distribución de cargas y beneficios. Cada una de ellas menciona una cualidad importante que establece la base para la distribución de cargas y beneficios. Estas formulaciones son: (1) a cada persona una parte igual, (2) a cada persona según su necesidad individual, (3) a cada persona según su propio esfuerzo, (4) a cada persona según su contribución a la sociedad, y (5) a cada persona según su mérito²⁷.

Por lo que se consideró a este criterio ético de suma importancia y que vino encaminada a la investigación ya que se trató por igual a todos los sujetos de investigación sin juzgar su economía, ni raza, ni sexo, ni creencia religiosa.

3.10. Criterios de rigor científico

La calidad de una investigación depende del rigor con el que se realiza, que condiciona su credibilidad²⁸.

En la presente investigación se tomaron en cuenta tres criterios de rigor científico que son: objetividad, auditabilidad y la consistencia.

Objetividad

El instrumento que se empleó, es el cuestionario CUCACE, la cual ha sido elaborado por Thomas LH en 1996, traducido al español por Rosario Alonso et al 2005. Dicho instrumento ha sido utilizado en otras investigaciones internacionales, por lo que no fue validado, por ser un instrumento confiable²⁹.

Auditabilidad

Esta estrategia permitió que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares²⁹.

Para ello se ha realizado una descripción minuciosa de la recolección de datos de tal forma que otros investigadores puedan seguir la misma trayectoria.

Consistencia

Conocido a su vez como replicabilidad, este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos. Donde la estabilidad de los datos no está asegurada, como tampoco es posible la replicabilidad exacta de un estudio realizado bajo este paradigma debido a la amplia diversidad de situaciones o realidades analizadas por el investigador. Sin embargo, a pesar de la variabilidad de los datos, el investigador debe procurar una relativa estabilidad en la información que recoge y analiza sin perder de vista que por la naturaleza de la investigación cuantitativa siempre tendrá un cierto grado de inestabilidad. Para lograr la consistencia de los datos se empleó procedimientos específicos tales como: la triangulación de investigadores, de métodos y de resultados; el empleo de un evaluador externo, y la descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos; además, la estrategia de comparación constante que permitió revisar y comparar los resultados emergentes con teorías previamente formuladas²⁰. (Anexo N°3)

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

La investigación tuvo como objeto de estudio la percepción de la calidad del cuidado enfermero en pacientes oncológicos del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, a quienes se les aplicó el cuestionario de calidad de cuidados de enfermería (CUCACE) los resultados se presentan en las siguientes tablas, teniendo en cuenta los objetivos tanto generales como específicos de la investigación.

Tabla 1

Percepción de la calidad del cuidado enfermero por el paciente adulto hospitalizado en Oncología del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, enero- marzo 2016.

Nivel de Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Mala	13	16.2%
Regular	56	70%
Buena	11	13.8%
Total	80	100,0%

Fuente: aplicación de encuesta a pacientes de oncología Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016

En la tabla 1; se observa que del 100% de la población encuestada, en el nivel de percepción de la calidad del cuidado enfermero por parte del paciente adulto hospitalizado en el servicio de Oncología del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero- marzo de 2016, el que más predomina es el regular con el 70%, seguido del nivel malo 16.2% y por último el nivel bueno con un 13.8%.

Tabla 2

Percepción de la calidad del cuidado enfermero a partir del nivel de la experiencia del cuidado que brindan las enfermeras del servicio de Oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, enero-marzo 2016.

Nivel de Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Mala	8	10.0%
Regular	60	75.0%
Buena	12	15.0%
Total	80	100,0%

Fuente: aplicación de encuesta a pacientes de oncología Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016

En la tabla 2; se observa que del 100% de la población encuestada, en el nivel de percepción de la calidad del cuidado enfermero a partir de la experiencia vivida por parte del paciente adulto hospitalizado en el servicio de Oncología del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero- marzo de 2016, el que más predomina es el regular con el 75%, seguido del nivel bueno 15% y por último el nivel malo con un 10%.

Tabla 3

Percepción de la calidad del cuidado enfermero a partir del nivel de satisfacción del cuidado que brindan las enfermeras del servicio de oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero-marzo de 2016.

<u>Nivel de Percepción</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Mala	16	20.0%
Regular	50	62.5%
Buena	14	17.5%

Total	80	100,0%
-------	----	--------

Fuente: aplicación de encuesta a pacientes de oncología Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016.

En la tabla 3; se observa que del 100% de la población encuestada, en el nivel de percepción de la calidad del cuidado enfermero a partir de la satisfacción por parte del paciente adulto hospitalizado en servicio de oncología de hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero- marzo de 2016 el que más predomina es el regular con el 62.5 %, seguido del nivel malo 20.0 % y por último el nivel bueno con un 17.5%.

4.2. Discusión de resultados

La calidad del cuidado enfermero que brinda cada día los profesionales de la salud se deben dar con mayor responsabilidad. En el contexto de la calidad la satisfacción se ha convertido en un indicador vital para medirla, la cual es percibido por el paciente o usuario. Por tal razón este estudio enfoca la percepción de la calidad del cuidado enfermero.

Los resultados que se muestran en la tabla 1, evidencia que del 100 % de la población encuestada el 70% tiene un nivel de percepción regular de la calidad del cuidado enfermero, lo que demuestra que la mayoría de pacientes no se encuentran totalmente satisfechos con el cuidado que brindan los enfermeros del servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, enero-marzo, 2016.

La percepción del cuidado humanizado de enfermería es un proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado. A su vez se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidador – ser cuidado.

Se valoró la percepción del cuidado teniendo en cuenta 9 comportamientos de cuidado humanizado: sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional y apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, pro actividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención; la percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía¹⁵; teniendo en cuenta que durante el cuidado al paciente oncológico la enfermera debe evidenciar estos comportamientos y características.

Los resultados que muestra la tabla 2 evidencia que del 100% de la población encuestada, el 75% tiene un nivel de percepción regular de la calidad de cuidado enfermero a partir de la dimensión de la experiencia, que es definida como el hecho de haber presenciado, sentido o conocido algo, pues es la forma de conocimiento que se produce a partir de estas vivencias u observaciones ³³;pues esto indica que los pacientes durante su hospitalización no lograron obtener buenas vivencias frente a los cuidados brindados por el profesional de enfermería.

Dentro de las preguntas más relevantes del CUCACE que nos proporcionó dicho resultado fueron, la enfermera favorecía a unos enfermos sobre otros, la enfermera se despreocupa fácilmente, las enfermeras no tenían interés en mí como persona y las enfermeras me visitaban regularmente para asegurarse de que estaba bien; pues los pacientes manifestaban que las enfermeras no les brindaban mucha información que requerían, que no se sentaban a establecer comunicación con ellos, que las notaban

apresuradas y estresadas; lo cual se mostró a través de los resultados obtenidos en base a la dimensión de la experiencia.

Brindar cuidado humanizado exige al profesional de enfermería tener ciertas actitudes comprender las vivencias, logros e interacción con los pacientes, permitiéndole adquirir la capacidad de saber que el cuidado humanizado no solamente son procedimientos técnicos sino que involucra la capacidad de percibir al ser humano en sus diferentes dimensiones¹⁵.

Watson J., en su teoría “Cuidado humano “, sostiene que el cuidado de enfermería es considerado como un valor humanitario, un compromiso moral, y un acto de protección a la dignidad humana .Otro concepto que Watson sostiene .que es un proceso transpersonal entre la enfermera y la persona cuidada, que tiene la capacidad de expandir la conciencia humana, trascender el momento y potenciar la sanación; buscando ayudar a la persona el más alto nivel de armonía entre su cuerpo, alma y espíritu. Esta empieza cuando la enfermera entra en el campo fenoménico, percibe y siente lo vivido por la persona y responde a ello, permitiéndole exteriorizar sentimientos o pensamiento²⁰.

El cuidado del ser humano es la esencia de la práctica de enfermería, para Watson el objetivo de la enfermería consiste en “facilitar la consecución de la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma; que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, auto curación y autocuidado al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana”, lo que implica llegar a la esencia de la interacción con el otro. De forma recíproca, auténtica e intencional¹¹. Teniendo en cuenta este enfoque en la persona encontramos que muchas veces sucede lo contrario.

Los resultados que muestra la tabla 3 evidencia que 62.5% de la población encuestada tiene un nivel de percepción regular de la calidad del cuidado enfermero a partir de la

dimensión de la satisfacción, definida como un sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad”³². Indicando que las distintas necesidades de los pacientes del servicio de oncología no fueron satisfechos; las preguntas que contribuyeron a conocer esta insatisfacción fueron: había siempre una enfermera cerca si la necesitaba, el trato que recibió usted como persona, la capacidad de las enfermeras para hacer bien su trabajo, la disponibilidad de enfermeras a responder sus demandas y la amabilidad de las enfermeras.

Los pacientes respondían antes las preguntas ya mencionadas que existía poca satisfacción ante sus grandes demandas, manifestando que a veces no se encontraban cerca cuando las necesitaban, que había cierta frialdad en el trato de algunas enfermeras.

De acuerdo a Watson²⁰ el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.

El rol de la enfermera es de particular importancia entre ellos, ya que es quien brinda atención directa y está en contacto con el paciente por más tiempo, por lo que una atención directa, interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los pacientes, ya que son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención, como un todo¹⁷.

La investigación realizada por Torres Contreras y Buitrago Vera¹⁰, denominada “La percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos, realizado en Colombia, Bucaramanga en el 2011, a través de la aplicación de cuestionario (CUCACE); basado en las dimensiones de experiencias y satisfacción con el cuidado de enfermería; concluyó que los pacientes del estudio están conformes con el cuidado y la atención brindada por las enfermeras en general, fue excelente con un porcentaje de 58,7%, seguido de muy bueno con 29.3%, bueno con 10.7% y regular

con 1.3%, se obtuvo una puntuación media de 80.4% sobre 100 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 82.7 para la dimensión de satisfacción con los cuidados.

Comparandola con la investigación realizada sobre “La Percepción de la calidad del cuidado enfermero por parte del paciente adulto en el servicio de oncología del hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016, quien también utilizó la encuesta CUCACE, se obtuvo resultados muy distintos teniendo mayor predominio el nivel regular con un 70%, seguido del nivel malo 16.2% y quedando un nivel bueno con un 13.8%; evidenciándose que en el servicio de oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo existe insatisfacción por parte de los pacientes.

En el proceso de cuidar, la enfermera debe prestar especial atención al aspecto del trato, por ello se indagó sobre la amabilidad que demostró al cuidarlas, el tiempo que les dedicó, si escucharon sus preocupaciones, al respecto los pacientes en estudio un porcentaje respondieron sentirse poco satisfechos, percibieron que más se preocupaban por atender su dolor, que atender sus necesidades espirituales, surgiendo en ellos un sentimiento de malestar o disgusto que se tiene cuando no se colma un deseo o no se cubre una necesidad ; este hecho se acompaña ante lo manifestado por los pacientes del servicio de oncología.

Dentro de las necesidades que requiere un paciente oncológico están las necesidades físicas, espirituales y las necesidades emocionales ya que el paciente oncológico sufre grandes impactos y está sometido a cuadros estresantes como la quimioterapia y distintos procedimientos de rutina que generan en el paciente preocupación, miedo, estrés entre otros.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

El 70% de los pacientes del servicio de oncología de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo perciben que la calidad del cuidado enfermero tiene un nivel regular. Lo cual indica que las necesidades de salud requeridas por el paciente no son totalmente satisfechas por el profesional de enfermería.

El 75 % de los pacientes perciben que la calidad del cuidado enfermero tiene un nivel regular según la dimensión de la experiencia. Evidenciándose que el cuidado brindado por la enfermera al paciente hospitalizado es parcialmente efectivo.

El 62.5% de los pacientes percibe que la calidad del cuidado enfermero tienen un nivel regular según la dimensión de la satisfacción. Lo cual indica que el paciente no satisface totalmente sus expectativas.

5.2. Recomendaciones

Al Hospital Almanzor Aguinaga incrementar la dotación de enfermeras en el servicio de oncología que permita brindar un cuidado de calidad a la alta demanda de pacientes y teniendo en cuenta su grado de complejidad.

Proponer la realización de guías y protocolos para la atención del cuidado enfermero, que fortalezcan y se optimice la calidad del paciente.

A las enfermeras del servicio de Oncología, reflexión sobre los resultados y establecer planes de mejora para el cuidado enfermero, ya que se trata de un servicio con alta demanda de pacientes que por su estado requieren de cuidado especializado pero sobre todo más humana.

A la enfermera jefe del servicio de Oncología implementar planes de educación continua en servicio sobre cuidado enfermero que ayude a fortalecer el hacer de la enfermera: brindar cuidados, oportunos y humanos.

Desde la etapa de formación los docentes de la Universidad Señor de Sipán que laboran en la escuela de enfermería deben concientizar a los alumnos en brindar un cuidado humano, holístico basado en científicidad respetando los principios del paciente.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud [homepage en Internet]. Ginebra [actualizada febrero de 2015]; consultada 30 de agosto de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>
2. Instituto Nacional del Cáncer [homepage en Internet]. Estados Unidos [actualizada 6 de abril de 2015]; consultada 31 de agosto de 2015. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/estadisticas>
3. Miriam RS, et al. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el Control el Cáncer en el Perú [Revista en Internet] 2013 [Consultado 31 de agosto 2015]; 1(105). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a20v30n1>
4. Infante OI, Moret MA, Curbelo IH. Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. Revista Cubana Salud Pública. 2007 Set; 3(33): 20-24.
5. Torres C y Buitrago M. Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. Revista de Investigación Escuela de Enfermería UDES. 2011 Nov; 2(2): 138-140.
6. Gallegos M, Alvarado. Seguridad y calidad en el cuidado de enfermería del paciente oncológico. Revista CONAMED. 2008; 13(1): 27-30.
7. Quinto Vásquez M. Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia del INEN [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana; 2010.
8. Laydi L. "Percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado [Tesis]. LIMA. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2013.
9. Claudia RP, Myriam PV. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.[revista en línea] 2011 [consultado 08 octubre 2015];1.Disponible en [:http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861/37067](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861/37067)
10. Ana A, Candelaria M, Katherine M, Adriana Q. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel [Tesis]. Cartagena. Corporación Universitaria Rafael Núñez. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.

11. Torres C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Rev. Avances en Enfermería. Scielo, Vol XXVII N°2. Colombia. Julio-Diciembre 2010.
12. Ortega M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería según la opinión del paciente y enfermera”. [Tesis]. España. Facultad de Ciencias de la Salud; 2007.
13. Miranda G y Gladys A. Percepción de la calidad de cuidado de enfermería del adulto oncológico que recibe quimioterapia ambulatoria. IREN Norte [Tesis]. Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud; 2010.
14. Ortega M. “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería según la opinión del paciente y enfermera”. [Tesis]. España. Facultad de Ciencias de la Salud; 2004.
15. Monchón P y Montoya Y. Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, Servicio de Emergencia. Hospital III-EsSalud Chiclayo. [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
16. Quinto VM. Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia del INEN [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2010.
17. Gonzales J y Quintero D. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de Urgencias de Gineco-Obstetricia de una institución de II Y III nivel de atención. [Tesis]. Bogota: Pontificaria Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería; 2009.
18. Domenech M y Viteri V. Percepción de la atención de enfermería desde la óptica de los pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida atendido en el Hospital de Infectología Dr. “Daniel Rodríguez Maridueña”. [Tesis]. Guayaquil: Universidad De Guayaquil. Facultad De Ciencias Médicas; 2013.
19. Soto I y Coronel H. Calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario en tratamiento de tuberculosis en el centro de salud Manuel Sánchez V. La Victoria. [Tesis] Chiclayo. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Medicina; 2013.
20. Orrego S y Ortiz Z. Calidad del cuidado de enfermería (CCE). Revista de salud .sept 2001; 14:78-83.
21. Romero L. 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. [Tesis] Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.

22. Urra E, Jana A, García V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados [internet].2011 [citado 19 sep] (3):1-12.disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf> .
23. Fernández N. Edad Adulta .[Revista on line] 2010 [Consultado 08 de octubre 2015]. Disponible en : [file:///C:/Users/vanessa/Downloads/Guia-ElabCitas-y-Ref-Estilo-Vancouver%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/vanessa/Downloads/Guia-ElabCitas-y-Ref-Estilo-Vancouver%20(3).pdf)
24. Informe21 [internet]. venezuela: Informe21; 2012 [actualizado 8 may 2012; citado 5 de oct 2015] Disponible en : <http://informe21.com/vladimir-gessen/12/05/08/psicologia-del-paciente-con-cancer>
25. De la Cuesta BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería 2007; 25 (1): 106-112.
26. Hernández SR, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5°ed. McGraw-Hill Interamericana. México D.F; 2010.
27. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6ª ed. México: McGraw-Hill, 2000.
28. Lerma D. Metodología de la Investigación: Propuesta ante proyecto y proyecto. 2º Edición. Editorial ECO. Bogotá; 2007.
29. Ministerio de sanidad y consumo en: IBPERPPOE ensayos clínicos. 1978;53-56.
30. Bernal MJ. La idea de Justicia. RPD UNAM. 2005; 1(1): 158.
31. Noreña A, Alcaraz N, Rojas G, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. 2012; 12(3): 266-267.
32. Liñan, A. Percepción del paciente adulto hospitalizado acerca del cuidado de Enfermería. [Tesis]. Mexico. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. Septiembre 2002.
33. Kant H. El Concepto de Experiencia-Tópicos, 2007; 15(1): 5-30.

ANEXOS



ANEXO N°1
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
CUESTIONARIO CUCACE



Presentación: El presente cuestionario tiene como finalidad poder contribuir a una investigación y así poder determinar la percepción del cuidado enfermero de los pacientes oncológicos del servicio de oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo.

Instrucciones: Lee detenidamente las preguntas y responde o marque con una x la respuesta que crea conveniente.

Datos personales

Edad:

Sexo:

Complet. en Desacuerdo: 1 Muy en Desacuerdo: 2 Un poco de Acuerdo: 3

Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo: 4 Un poco de Acuerdo: 5 Muy de Acuerdo: 6 Complet. de Acuerdo: 7

DIMENSION : EXPERIENCIAS	C.D	M.D	UN P.D	Ni de A. ni en D.	UN P. A	M. A.	C.A
	1	2	3	4	5	6	7
1-Era fácil relacionarse con las enfermeras.							
2-La enfermera favorecía a unos enfermos sobre otros.							
3-La enfermera no me informaba suficientemente sobre mi tratamiento.							
4-La enfermera se despreocupaba fácilmente.							
5-Las enfermeras tardaban mucho tiempo en llegar cuando se les llamaba.							
6-Las enfermeras me daban información sólo cuando yo la necesitaba.							
7-Las enfermeras no parecían saber lo que yo estaba padeciendo.							
8-Las enfermeras apagaban las luces demasiado tarde por la noche.							
9-Las enfermeras me mandan hacer cosas antes de estar preparado.							

Cuestionario CUCACE elaborado por Thomas LH en 1996, traducido al español por Rosario Alonso et al 2005.

11-Yo veía a las enfermeras como amigas.							
12-Las enfermeras pasaban tiempo apoyando a los pacientes que se encontraban mal.							

13-Las enfermeras me visitaban regularmente para asegurarse de que estaba bien.							
14-Las enfermeras permitían que la situación las desbordase.							
15-Las enfermeras no tenían interés en mí como persona.							
16-Las enfermeras me explicaron lo que me estaba pasando.							
17-Las enfermeras me explicaban lo que iban hacerme antes de hacerlo.							
18-Las enfermeras le decían al siguiente turno lo que estaba pasando con mis cuidados.							
19-Las enfermeras sabían qué hacer sin depender de los médicos.							
20-Las enfermeras solían irse y olvidar lo que le pedían los pacientes.							
21-Las enfermeras se aseguraban de que los pacientes tuvieran intimidad cuando la necesitaban.							
22-Las enfermeras tenían tiempo para sentarse y hablar conmigo.							
23-Los médicos y las enfermeras trabajaban juntos como un equipo.							
24-Las enfermeras no parecían saber lo que sus compañeras estaban haciendo.							
25-Las enfermeras sabían lo mejor que hacer en cada momento.							
26-Había un buen ambiente en la Unidad gracias a las enfermeras.							

DIMENSION : SATISFACCIÓN	N. S 1	P.S 2	B.S 3	M.S 4	C.S. 5
1-La cantidad de tiempo que las enfermeras pasan con usted.					
2-La capacitación de las enfermeras para hacer bien su trabajo.					
3-Había siempre una enfermera cerca si la necesitaba.					
4-El número de enfermeras que conocían sus cuidados.					
5-La rapidez con la que acudían cuando las llamaban.					
6-La manera en que las enfermeras le hacían sentir como en casa.					
7-La cantidad de información que las enfermeras le daban acerca de su situación y tratamiento.					
8-La frecuencia con la que las enfermeras comprobaban que se encontraba bien.					
9-La amabilidad de las enfermeras.					
10-La manera en que las enfermeras le explicaban las cosas.					
11-La forma como la enfermera informaba a su familia.					
12-El modo de hacer su trabajo las enfermeras.					
13-El tipo de información que las enfermeras daban acerca de su situación y tratamiento.					
14-El trato que recibió de las enfermeras como persona.					
15- La forma como las enfermeras escuchaban sus preocupaciones.					
16- La cantidad de libertad que le fue dada en la planta.					
17-La disponibilidad de las enfermeras a responder a sus demandas.					
18-El grado de intimidad que le proporcionaron las enfermeras.					
19-La conciencia de las enfermeras sobre sus necesidades.					



ANEXO N° 2
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE



ENFERMERIA

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Yo.....;

identificado (a) con DNI declaro haber sido informado de manera clara ,precisa y oportuna de los fines que busca la presente investigación titulada Percepción de la calidad del cuidado enfermero de los pacientes oncológicos del servicio de oncología del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo ,2016.siendo desarrollado por la estudiante de enfermería Lisset Vanessa Esquén Barboza y Katherine Lizeth García Vidarte; que tiene como objetivo principal determinar la percepción de la calidad del cuidado enfermero de los pacientes oncológicos del servicio de oncología del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, asumiendo que la información solo será tratada por los investigadores y su asesora ,quienes garantizan que mi privacidad será custodiada .

Los datos obtenidos de mi participación, serán fielmente copiados por los investigadores, además procesados en secreto y en estricta confidencia respetando mi intimidad.

Asumo conscientemente que el informe final será publicado, no siendo mencionados los nombres de los (as) participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto me cueste algún perjuicio.

Por lo expuesto otorgo mi consentimiento a que se me realice la encuesta así como respetando mis derechos para responder con una negativa.

 INVESTIGADORES RESPONSABLES

 USUARIO (A) PARTICIPANTE

ANEXO N° 3

MATRIZ DE COHERENCIA METODOLÓGICA

<p>Problema de Investigación: ¿Cuál es la percepción de la calidad del cuidado enfermero por parte del paciente adulto. Servicio de oncología. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, enero- marzo, 2016?</p>
<p>Objeto de Estudio: Percepción de la calidad del cuidado enfermero del paciente adulto oncológico hospitalizado en el servicio de Oncología.</p>
<p>Objetivo General: Determinar la percepción de calidad del cuidado enfermero del paciente adulto oncológico hospitalizado en servicio de oncología de hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero- marzo de 2016.</p>
<p>Objetivo 2</p> <p>Identificar la percepción de la calidad del cuidado enfermero a partir del nivel de satisfacción con el cuidado que brindan las enfermeras del servicio de oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero-marzo de 2016.</p>
<p>Hipótesis: Por tratarse de una investigación cuantitativa descriptiva las autoras hemos decidido no colocar hipótesis.</p>

Diseño /Trayectoria de Investigación	Técnica de recolección de Datos	Instrumento de Recolección de Datos
Diseño No experimental, descriptivo	Encuesta	Cuestionario CUCACE elaborado por Thomas LH en 1996, traducido al español por Rosario Alonso et al 2005.

Variable:

Percepción de la calidad el cuidado enfermero

Definición Conceptual:

Es el proceso mental mediante el cual el paciente obtiene momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado enfermero¹⁹.

Definición Operacional:

Es el resultado de la aplicación del cuestionario CUCACE que identifica la percepción del paciente con respecto a la experiencia y satisfacción con el cuidado que brinda la enfermera.

ANEXO N° 4

Tabla 1

Percepción de la calidad del cuidado enfermero por el paciente adulto hospitalizado en Oncología del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, enero- marzo 2016.

Nivel de Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Mala	13	16.2%
Regular	56	70%
Buena	11	13.8%
Total	80	100,0%

Fuente: aplicación de encuesta a pacientes de oncología Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016

Tabla 2

Percepción de la calidad del cuidado enfermero a partir del nivel de la experiencia del cuidado que brindan las enfermeras del servicio de Oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, enero-marzo 2016.

Nivel de Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Mala	8	10.0%
Regular	60	75.0%
Buena	12	15.0%

Total	80	100,0%
-------	----	--------

Fuente: aplicación de encuesta a pacientes de oncología Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016

Tabla 3

Percepción de la calidad del cuidado enfermero a partir del nivel de satisfacción del cuidado que brindan las enfermeras del servicio de oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en enero-marzo de 2016.

Nivel de Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Mala	16	20.0%
Regular	50	62.5%
Buena	14	17.5%
Total	80	100,0%

Fuente: aplicación de encuesta a pacientes de oncología Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016.