

**DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS)
DE CUIDADO DIRECTO Y LA SATISFACCION DEL ENFERMO
ONCOLOGICO HOSPITALIZADO
VALENCIA ESTADO CARABOBO**



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Grado titulado:

DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS) DE CUIDADO DIRECTO Y LA SATISFACCIÓN DEL ENFERMO ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO VALENCIA ESTADO CARABOBO

Presentado para optar al grado de **Magíster en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería**, por el (la) aspirante:

SALAZAR L., LIDYS Y.
C.I. V- 5456780

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Omaira Ramírez C.I. 2864991, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **24/05/2017**


Prof. Omaira Ramírez (Pdte)

C.I. 2864991

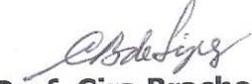
Fecha: 24-05-2017


Prof. Marla Bolívar

C.I. 13.195.812

Fecha: 24-05-2017

TG: 129-16


Prof. Cira Bracho

C.I. 2782612

Fecha: 24-05-2017



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POST GRADO. SEDE CARABOBO
MAESTRÍA GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD Y ENFERMERÍA**



**DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS)
DE CUIDADO DIRECTO Y LA SATISFACCION DEL ENFERMO ONCOLOGICO
HOSPITALIZADO
VALENCIA ESTADO CARABOBO**

Tutor: Dra. Omaira Ramírez

CI: 2.864.991

Maestrante:

Lidys Y. Salazar López

C.I: 5.456.780

Valencia, Octubre 2016



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POST GRADO: SEDE CARABOBO
MAESTRÍA GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD Y ENFERMERÍA**



**DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS)
DE CUIDADO DIRECTO Y LA SATISFACCION DEL ENFERMO ONCOLOGICO
HOSPITALIZADO
VALENCIA ESTADO CARABOBO**

Autora: Lcda. Lidys Y, Salazar L.
Trabajo de Grado presentado ante la
Facultad de Ciencias de la Salud de la
Universidad de Carabobo, para optar al
título de Magíster en Gerencia de los
Servicios de Salud y Enfermería

Valencia, Octubre 2016



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POST GRADO: SEDE CARABOBO
MAESTRÍA GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD Y ENFERMERÍA**



**DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS)
DE CUIDADO DIRECTO Y LA SATISFACCION DEL ENFERMO ONCOLOGICO
HOSPITALIZADO
VALENCIA ESTADO CARABOBO**

Autora: Lidys Salazar

Aprobado en la Facultad de Ciencias de la Universidad de Carabobo por los miembros
de la Comisión Coordinadora

Nombre, Apellido y Firma

Valencia, Octubre 2016



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POST GRADO: SEDE CARABOBO
MAESTRÍA GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD Y ENFERMERÍA**



Constancia de aceptación del tutor y aprobación del profesor de seminario

**DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS)
DE CUIDADO DIRECTO Y LA SATISFACCION DEL ENFERMO ONCOLOGICO
HOSPITALIZADO**

Atendido en las unidades clínicas del Instituto Oncológico. Valencia Estado Carabobo

Aprobada en el área de estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo

Omaira Ramírez

Profesor del Seminario de Investigación y Trabajo de Grado.

C.I: 2.864.991

Tutor: Dra. Omaira Ramírez.

Acepto la tutoría del presente trabajo según las
Condiciones de la Dirección del Post grado de la
Universidad de Carabobo

C.I: 2.864.991

Valencia, Octubre 2016



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POST GRADO: SEDE CARABOBO
MAESTRÍA GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD Y ENFERMERÍA**



Veredicto

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación del Trabajo de Grado Titulado: Desempeño Laboral de las enfermeras (os) de Cuidado Directo y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado de un hospital público Especializado presentado por la Lcda. Lidys Salazar para optar el título de Magister en Gerencia de los Servicios de Enfermería, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser

Considerado como: _____

En la Ciudad de Valencia a los ____ días del mes ____ año 2016

Nombre y Apellido

C.I

Firma

Valencia, Octubre de 2016

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en las situaciones que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia en especial mis hijos: Joslid, Alfredo, Arausi y Christopher, también mi nuera Saida por su ayuda incondicional.

A mis padres Elena y Juan quienes me dieron todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, y mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis compañeros de estudio que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante este año y medio de clases dentro y fuera del salón: Ana Quero, Flor Arias, Ana Adrián, Yonaillet Barrera, Algeri Duarte, José Trías. Gracias.

A mis Amigos, que de una u otra manera estuvieron pendientes a lo largo de este proceso, brindando su apoyo incondicional. Mil Gracias.

Mil gracias

Lidys Y. Salazar López

AGRADECIMIENTO

A Dios mi padre celestial quien cada día me demuestra cuán grandes son sus obras.

A mis padres, Elena y Juan. Gracias a ellos soy quien soy.

A mis hijos, lo más grande que Dios me otorgo.

A la Profesora Dra. Omaira Ramírez. A quien admiro, respeto y aprecio, eternamente agradecida por sus aportes y conocimientos.

A mis profesores de la Maestría, especialmente a: Alexis Gil, Consolación Luna, Marla Bolívar, Ronald Carreño, Harold Guevara, Digna Escobar, María Auxiliadora, Fabiola Rojas, Petra Romero, Franklin León, quienes compartieron sus conocimientos haciendo de cada clase una experiencia maravillosa.

A todos mis amigos (as) y compañeros (as) de trabajo en el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Gracias por su amistad y apoyo.

A **todas** las personas que de alguna u otra forma han contribuido a mi desarrollo personal y profesional.

A la Universidad de Carabobo y en especial a la Maestría Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería por abrirme sus puertas, la Institución donde se desarrolló el trabajo de investigación, el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Los elementos muestrales, los pacientes que sirvieron de apoyo para poder desarrollar este trabajo de investigación, y a todos (as) las personas que aportaron un granito de arena para el logro de este propósito.

Mil gracias a todos que Dios los bendiga

Lcda. Lidys Y. Salazar L.

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA.....	vii
AGRADECIMIENTO.....	viii
INDICE DE TABLAS.....	xii
INDICE DE GRAFICOS.....	xv
RESUMEN...	xviii
INTRODUCCION.....	
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
1. Planteamiento del Problema.....	1
2. Objetivos de la Investigación.....	9
2.1 Objetivo General.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	10
3. Justificación de la Investigación.....	11
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
1. Descripción del Centro Medico Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño”.....	13
2. Antecedentes de la investigación.....	15
3. Bases Teóricas...	24
3.1 Las Organizaciones.....	24
3.2 Gerencia en Enfermería...	27
3.3 Desempeño Laboral en Enfermería.....	37
3.4 Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado...	50
4. Definición de Términos.....	55
5. Sistema de Hipótesis...	56
5.1 Hipótesis General.....	56
5.2 Hipótesis Especificas.....	56

6. Sistema de Variables y su Operacionalización.....	57
6.1 Operacionalización de las variables.....	58

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

1. Diseño y Tipo de Investigación.....	62
2. Población y Muestra.....	62
3. Procedimiento para la recolección de datos.....	64
4. Métodos y técnicas para la recolección de la información...	65
4.1 Validez y Confiabilidad del instrumento.....	66
5. Técnicas de Tabulación y análisis de los datos.....	68

CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

1. Presentación de los resultados	69
2. Análisis e interpretación de los resultados	71
2.1 Características de la muestra.....	71

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones...	133
2. Recomendaciones.....	136

BIBLIOGRAFIA...	137
------------------------	-----

ANEXOS

A. Instrumento de Recolección de Datos.....	143
B. Informe de Confiabilidad.....	151
C. Consentimiento	157
Informado.....	

INDICE DE TABLAS

Tablas	Pág.
1 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Sexo. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula Abril 2016.....	71
2 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Edad. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula Abril 2016...	73
3 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según la Preparación Académica. Instituto Oncológico “Dr. miguel Pérez Carreño”. Bárbula Abril 2016.....	75
4 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Cargo Actual. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula Abril 2016.....	77
5 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Turno. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Abril 2016.....	79
6 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Área o unidad donde labora. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula Abril 2016.....	81
7 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Antigüedad en la institución. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula Abril 2016...	83
8 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Estatus Laboral. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula. Abril. 2016.....	85
9 Distribución porcentual de los Enfermos según Edad. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño ”Bárbula. Abril 2016.	87

2016.....

10	Distribución porcentual de los Enfermos según Sexo. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. ” Bárbula. Abril 2016.....	88
11	Distribución porcentual de los Enfermos s según Preparación Académica. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula Abril 2016.....	89
12	Distribución porcentual promedio de las observaciones realizadas a las Acciones que conforman el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril 2016...	91
13	Distribución porcentual de los Enfermos según evaluación de las Acciones Técnicas cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Fisiológicas. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril 2016...	94
14	Distribución porcentual de los Enfermos según evaluación de las Acciones Técnicas cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Sociales. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril 2016...	98
15	Distribución porcentual de los Enfermos según evaluación de las Acciones Técnicas cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades de Estima. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016...	102
16	Distribución porcentual de los Enfermos según evaluación de las Acciones Administrativas cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Fisiológicas. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño.” Bárbula. Abril 2016.....	106

17	Distribución porcentual de los Enfermos según evaluación de las Acciones Administrativas cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Sociales. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula. Abril. 2016.....	110
18	Distribución porcentual de los Enfermos según evaluación de las Acciones Administrativas cumplidas por las enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades de Estima. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula. Abril. 2016...	113
19	Distribución porcentual de los Enfermos según evaluación de las Acciones Ético_ Legales cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Fisiológicas. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula. Abril. 2016...	117
20	Distribución porcentual de los Enfermos según evaluación de las Acciones Ético_ Legales cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Sociales. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula. Abril. 2016.....	121
21	Distribución porcentual de los Enfermos según evaluación de las Acciones Ético_ Legales cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades de Estima. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula Abril 2016...	125
22	Distribución porcentual de los Enfermos según evaluación personal del Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado , Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño.” Bárbula Abril. 2016...	129

INDICE DE GRAFICOS

Grafico	Pág.
1 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Sexo. Instituto Oncológico. “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula Abril. 2016...	71
2 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Edad. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula Abril. 2016.....	73
3 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según, Preparación Académica. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Bárbula Abril. 2016...	75
4 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Cargo. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016...	77
5 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Turno. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016...	79
6 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Área o Unidad donde Labora. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016...	81
7 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Antigüedad en la Institución. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016.....	83
8 Distribución porcentual de las Enfermeras de Cuidado Directo según Estatus Laboral. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016...	85
9 Distribución porcentual de los Enfermos según Edad. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016.....	87

10	Distribución porcentual de los Enfermos según Sexo. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016.....	88
11	Distribución Porcentual de los Enfermos según Preparación Académica. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016...	89
12	Desempeño porcentual promedio a las observaciones realizadas a las Acciones que conforman el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016...	93
13	Distribución de los Enfermos según evaluación de las Acciones Técnicas cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Fisiológicas. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula y Abril.	97
14	Distribución de los Enfermos según evaluación de las Acciones Técnicas cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Sociales. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016.....	101
15	Distribución de los Enfermos según evaluación de las Acciones Técnicas cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades de Estima. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril.2016.....	105
16	Distribución de los Enfermos según evaluación de las Acciones Administrativas cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Fisiológicas. Instituto Oncológico. Dr. Miguel Prez Carreño Bárbula Abril.2016.....	109
17	Distribución de los Enfermos según evaluación de las Acciones Administrativas cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Sociales. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula. Abril.2016...	112
18	Distribución de los Enfermos según evaluación de las Acciones Administrativas cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades de Estima. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016...	116
19	Distribución de los Enfermos según evaluación de las Acciones Ético_ Legales cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Fisiológicas. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016.....	120

20	Distribución de los Enfermos según evaluación de las Acciones Ético_ Legales cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades Sociales. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016.....	124
21	Distribución de los Enfermos según evaluación de las Acciones Ético_ Legales cumplidas por las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción de sus Necesidades de Estima. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Bárbula Abril. 2016.....	128
22	Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado. Instituto Oncológico Hospitalizado. Bárbula Abril. 2016...	132



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POST GRADO: SEDE CARABOBO
MAESTRÍA: GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD Y ENFERMERÍA



DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS)
DE CUIDADO DIRECTO Y LA SATISFACCION DEL ENFERMO ONCOLOGICO
HOSPITALIZADO. VALENCIA ESTADO CARABOBO

Autora: Lidys Salazar
Tutora: Dra. Omaira
Ramírez
Año: 2016

RESUMEN

El presente estudio está enmarcado en la línea de investigación: **Clima organizacional y la práctica profesional de Enfermería**, establecida por la Maestría Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería, el mismo tuvo por objetivo general: Determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en sus **factores: Acciones Técnicas, Acciones Administrativas y Acciones Ética Legal** y su relación con la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus **factores: Necesidades Fisiológicas, Necesidades Sociales, y Necesidades de Estima**. Este estudio se **realizó** en el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño de la ciudad de Valencia estado Carabobo, la población estuvo conformada por ciento seis (106) enfermeras de cuidado directo de las cuales se estudió una muestra de veintisiete (27) enfermeras (os) que laboran en las áreas de hospitalización; la cual represento el 25 % de la población estudiada. El diseño de la investigación fue descriptiva, correlacional cuantitativa, de corte transversal. La recolección de la información se realizó a través de dos instrumentos tipo cuestionario estructurado cada uno en dos (2) partes: la primera describe los datos socio laborales de los (as) enfermeras de cuidado directo, la segunda parte de la variable **Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo** contentiva de cincuenta y dos (52) ítems con tres observaciones cada una con respuestas dicotómicas y el segundo cuestionario corresponde a la segunda variable: **Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado** con veinte (20) ítems, con alternativas de respuesta en escala de Likert. Se estudió una muestra de veinte (20) pacientes hospitalizados de ambos sexos. Antes de aplicar el segundo instrumento se sometió a una prueba de validez de contenido a cinco pacientes que acudieron a la consulta de Radioterapia. La confiabilidad del instrumento se obtuvo con la prueba de Alfa Crombach obteniendo como resultado para la segunda variable de 0,82 considerándose este valor (bueno). Para la correlación de factores y variables se utilizó el Coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados obtenidos demostraron que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los factores y sus variables en estudio al obtener ($p < 0,05$) confirmándose las Hipótesis Específicas y la Hipótesis General.

Palabras Clave: Desempeño, Eficiencia, Eficacia.

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento y la atención que se está generando en torno al recurso humano y su administración, en la actualidad están adquiriendo importancia en las organizaciones. Eso hace necesario la existencia de un liderazgo altamente eficiente que pueda asegurar condiciones favorables de trabajo que garanticen el logro de los objetivos de la organización.

En este orden de ideas, las organizaciones en el contexto global han afrontado continuos cambios para responder a ciertas exigencias del entorno. El rendimiento humano es indispensable para el funcionamiento de una organización.

Toda organización debe incentivar el desempeño laboral de sus empleados que le permita verificar si los mismos están cumpliendo correctamente con sus funciones o por el contrario si tienen debilidades, que requieran tomar medidas correctivas, más aun si se refiere a las instituciones de salud en donde el trabajo de los profesionales de enfermería es fundamental tanto en los hospitales públicos como privados.

De allí, que el ser humano y por ende los profesionales de enfermería orientan la conducta hacia objetivos y metas, bien sea organizacionales o personales, en respuesta a estímulos internos y externos que reciben, de esta manera el desempeño en enfermería se debe centrar en el estudio de factores que ocasionan y sostienen la conducta humana; siendo estos las acciones técnicas, acciones administrativas y las ético –legales, junto con el cumplimiento de tareas indispensables en enfermería; pues su labor principal es con seres humanos, que por lo general están pasando por alguna situación de salud, y necesitan apoyarse en personas motivadas y eficientes para salir adelante.

Es por esto, que la satisfacción del paciente depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado según sus expectativas, del trato personal que reciben de parte del personal de salud, y del grado de oportunidades y de amabilidad con la que el servicio es brindado: es por esto, que el enfermo en las instituciones de salud, se enfrenta en general a situaciones en las que no desearía estar, donde todos los factores que puedan

contribuir a proporcionar una óptima atención de salud, deben ser relevantes, con el fin de facilitar la adecuada adaptación del paciente en el entorno hospitalario basado en el cuidado de enfermería.

De tal manera que, en el hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño” el paciente es atendido por las enfermeras (os) de cuidado directo en las áreas de hospitalización, responsables de brindar una atención de calidad a los pacientes, familia y comunidad.

Esta investigación se adscribe a la línea de investigación de la Maestría Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería titulada Clima Organizacional y la práctica profesional de Enfermería; con el objetivo de determinar el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo y su relación con la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado atendido en las unidades clínicas del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño.”

El informe de esta investigación está estructurado en cinco capítulos, distribuidos de la siguiente forma: **El Capítulo I**, describe el planteamiento del problema, objetivos: general, específicos y justificación del estudio. **El Capítulo II**, hace referencia al marco teórico, donde se presentan los antecedentes relacionados con las variables, las bases teóricas que fundamentan la investigación, el sistema de variables y su operacionalización, el sistema de hipótesis y la definición de términos. **El Capítulo III**, está referido al marco metodológico, en el que se describen la naturaleza y tipo de investigación, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de información, procedimientos para la recolección de la información y las técnicas de tabulación y análisis de datos. **El Capítulo IV**, se presentan los resultados de la investigación. **El Capítulo V**, corresponde a las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente se presentan la bibliografía y los anexos correspondientes.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

El presente capítulo referido al problema contiene el Planteamiento del Problema, los Objetivos General y Específicos y la Justificación del Estudio.

1. Planteamiento del Problema

En inicios la enfermería como profesión, desde su formación inicial y luego de su desarrollo en la práctica, se ha construido e identificado principalmente a partir de su competencia técnica en el seno del enfoque positivista propio del siglo XIX que proporciona una concepción de la enfermedad construida en base al paradigma biomédico, donde el cuidado estaba más centrado en los procesos fisiológicos y en la enfermedad que en la persona enferma entendida como un todo, esto es como un ser holístico en el que la aparición de la enfermedad afectaba directamente a todas sus dimensiones: física, emotiva, cognitiva, social y espiritual.

Cabe destacar que, toda situación de cuidados es una situación antropológica, en el sentido de estar atentos a la realidad humana de la persona doliente, atentos a todos sus códigos: físicos, cognitivos, emocionales, sociales y espirituales, en el momento de prestar cuidados enfermeros. Amezcua: (2000).

Así también, la enfermería es fundamentalmente el desarrollo de una actividad humana, y esta profesión, en tanto que labor de cuidado, tiene que ver con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar y de atender a la persona enferma.

Siguiendo a Torralba (1998), podemos afirmar que “nadie conoce mejor que el profesional de enfermería al ser humano enfermo, la persona doliente, porque precisamente su acción se desarrolla en el epicentro de este mundo (p, 5).

Por lo tanto, las organizaciones surgen para satisfacer las exigencias de los seres humanos pertenecientes a una sociedad; entre tales organizaciones se ubican las de salud, las cuales agrupan profesionales, técnicos y personal de servicio, que trabajan por una meta común: la promoción y restauración de la salud cuando se encuentra en desequilibrio así como la prevención de enfermedades. Dentro de estos profesionales se encuentran los profesionales de enfermería que tienen como propósito primordial el cuidado a las personas, el cual pone en práctica mediante la integración de conocimientos científicos, técnicos y humanistas.

Por otro lado, en el marco de la nueva realidad económica y las cambiantes condiciones del entorno, se aplica progresivamente el concepto del desempeño en las organizaciones, aportándole cierta identidad corporativa, valores y acciones para el cumplimiento idóneo de sus funciones. Katz, (1994) señala que el “éxito administrativo depende principalmente del desempeño más que de los rasgos de personalidad.” (p.43). Katz también afirma que la habilidad de los administradores para la ejecución es el resultado de las habilidades administrativas que poseen.

Por su parte el desempeño de las enfermeras (os) va estrechamente ligado al rol gerencial constituido, partiendo de que el papel principal de un jefe o gerente en enfermería radica en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución, la enfermera que tiene esta función debe guiar sus actividades a partir de sus conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. Estas disciplinas son necesarias para la práctica del cuidado de enfermería.

En síntesis, la eficiencia de las organizaciones de salud depende en primer lugar del manejo consciente de estrategias y técnicas y de la preparación adecuada de los gerentes medios de dichas organizaciones, más que de la experiencia acumulada a lo largo de su ejercicio profesional, ya que existen habilidades gerenciales y de liderazgo.

En este sentido, los administradores tienen las habilidades administrativas necesarias, tal vez tendrán un buen desempeño y serán relativamente exitosos en caso de no tener esas habilidades, posiblemente tengan un desempeño pobre y también una falta de éxito relativa.

Cabe destacar que la eficiencia de una organización depende de la capacitación y desarrollo de la gerencia, a través de la cual se logran los objetivos y metas trazadas, así como también, es responsable de planear, organizar, dirigir y controlar dicha organización. Cada día la administración de salud requiere de la aplicación de todas estas funciones, y entre ellas la subdivisión del trabajo y una adecuada distribución de las responsabilidades que son indispensables para llevar a cabo la empresa.

Del mismo modo la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA), establece estándares para la práctica profesional de enfermería con el fin de asegurar la calidad del cuidado, donde resaltan la importancia de la instauración de guías y del fortalecimiento del criterio enfermero, tomando como base la estructura, el proceso y los resultados de los cuidados para la evaluación de la práctica profesional, los cuales, han sido empleados como directriz para la creación de programas con garantía de calidad.

Siguiendo este marco de ideas, en países de Sur América como Colombia, entre sus normas del ejercicio profesional de enfermería, incluyen la calidad como uno de los principios rectores en el cuidado de enfermería, y define la calidad como una ayuda eficiente, en términos de oportunidad y uso adecuado de los recursos y efectividad; es decir, que produzca el impacto deseado para los sujetos receptores del cuidado.

Así mismo, debe fundamentarse en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos, estableciendo de esta manera, que el cuidado de enfermería es el bien interno de la profesión, fin específico por el cual esta actividad cobra sentido y le otorga legitimidad social a la profesión. Por ello, es importante tener en cuenta nuevas alternativas que permitan dar una atención integral a los pacientes mediante el cumplimiento cabal de los procesos y procedimientos, Molina (2000).

Ahora bien, a nivel internacional los gerentes de enfermería ofrecen mucho más que el apoyo administrativo sencillo. Ellos son los ojos, los oídos y el liderazgo del personal de enfermería en cada institución. Su orientación y liderazgo son necesarios para asegurar que los que entran en el campo laboral están bien entrenados, bien supervisados y actuando en un nivel acorde con lo que se espera en un centro de salud moderno.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011 incluye dentro de su constitución, la calidad de la atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos y define como requisitos de la calidad en salud los siguientes: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la población.

Por su parte, en Venezuela, el Estado actual a través de sus gestiones y de acuerdo a su constante promoción, propaganda, publicidad en rescatar los derechos de los venezolanos, en hacer realidad un servicio eficiente de la salud, debe prestarle más atención, más seriedad al grave problema que actualmente el país afronta en este servicio, de la administración de salud, en donde no hay garantía de un servicio público eficiente, al que tienen derecho los ciudadanos.

Ante esta realidad donde la administración de la salud en el país, tanto en el sector público como en el privado es cuestionable, las universidades comprometidas en la capacitación de estos profesionales encargados de gestionar la salud eficientemente, con calidad, buen servicio, no puede ignorar su rol, deben ser más proactivas en rescatar

el serio problema que actualmente se afronta con respecto a la gerencia y liderazgo. Las dificultades por las que atraviesan las instituciones que imparten asistencia médica a lo largo del territorio venezolano, se debe en parte a la carencia de una gerencia efectiva, motivada a que los gerentes deben contar con cualidades, conocimiento, destreza humana para mantener la moral y motivación de todos los empleados.

En consecuencia además de la falta de capacitación y actualización de las enfermeras, se observa que los gerentes presentan fallas en la toma de decisiones, barreras en la comunicación con el personal y la comunidad, en la organización, coordinación y supervisión de los recursos humanos, en la planificación, control y en la ejecución de las actividades diarias. No obstante, en la actualidad, la enfermera para su práctica requiere más que vocación, buena voluntad, de ahí el interés en conocer todo acerca del cuidado, la naturaleza del mismo y la importancia que tiene para la profesión y para las personas a quienes dirige.

De modo que la esencia de la enfermería es el cuidado, al cual se puede definir como, las acciones que realizan las enfermeras (os) que tiene como finalidad tratar de resolver problemas que se interponen o influyen en la calidad de vida de las personas. De manera que el cuidado, es la razón de ser de enfermería y constituye el motor del quehacer y por lo tanto un foco de atención y el objetivo del servicio como disciplina profesional. El cuidado comprende seis dimensiones: técnica, afectiva, ética, estética, administrativa y educativa pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que persigue.

Bien lo refiere Hinchliff M (1982), cuando afirma que la enfermería es el arte de cuidar, fundamentándose primordialmente en las necesidades individuales del ser humano, por lo que cuidar bien a un paciente requiere de entrega, de compromiso y responsabilidad, esto es debido, a que la vida del usuario está en las manos del profesional que suministran los cuidados.

Es decir, que el cuidado de enfermería según la autora mencionada, incluye acciones técnicas o asistenciales, descritas por Waldo (1998), como las dimensiones del cuidado, sean técnicas, afectivas, éticas, estéticas, educativas y/o administrativas entre otras. Las primeras están relacionadas con el manejo y procedimientos directos al paciente; por consiguiente las segundas se basan en comprender las necesidades internas y externas que tiene el paciente con el fin de dar apoyo emocional en el momento específico.

En este sentido, la prestación de cuidados engloba conocimientos con el arte de cuidar, así como la experiencia personal del cuidador, de manera que, a través de los conocimientos y habilidades desarrolladas en la práctica profesional, así como la experiencia personal, el cuidado se convierte en único, genuino y auténtico.

Paralelo a la ejecución de los cuidados de enfermería se encuentra la satisfacción del usuario, que es una valoración cognitiva que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de vida, las expectativas y aspiraciones, a los objetivos conseguidos, basada en sus propios criterios y que se realiza de forma favorable. Por lo que se podría afirmar, que la satisfacción de una persona, se ve influenciada por múltiples variables, tanto de índole social como cultural, señalando entre la más relevante, el nivel socioeconómico y el nivel educativo de la persona, entre las que debe citar, la edad, el sexo, los rasgos de personalidad que pueden condicionar la valoración de la vida o de un aspecto de la misma persona como más o menos satisfactorio.

Koos (1994) y Donabedian (1999) consideraron que el bienestar personal del ser humano, es un elemento deseable e importante de la actuación médica y de enfermería. De acuerdo a lo planteado, puede considerarse que la satisfacción del usuario en una institución hospitalaria, varía según el contexto cultural y social de una persona.

Caminad J. (2001), refiere que la satisfacción se basa en las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De manera, que las

expectativas previas del paciente, configuran la expresión de agrado o de desagrado sobre la calidad de cuidado suministrado por el servicio y equipo de salud.

Según las observaciones realizadas por la investigadora, se pudo observar en las unidades clínicas del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” que las enfermeras de cuidado directo tienen que afrontar factores adversos por los que atraviesa el actual sistema de salud y sobre todo el que enfrenta la población, que demanda servicios oportunos y de calidad y que no pueden satisfacer, causándoles insatisfacción profesional.

De manera que para la gerencia de enfermería es un gran reto contar con enfermeras motivadas en ambientes donde las condiciones laborales son inestables, es decir elevadas expectativas laborales, poca motivación del trabajo, escasez de recursos materiales, lo que a primera vista es un trabajo complejo, diverso y estresante.

A su vez se observa una gran afluencia de usuarios que ocasiona congestión al brindar la atención, además de producir exceso de trabajo en el personal de enfermería, por el incremento del número de tareas asignadas y la responsabilidad de las mismas; lo cual compromete la calidad de atención prestada a los usuarios, aunado a lo anterior existe un marcado ausentismo laboral, poca colaboración de los otros profesionales de la salud, incumplimiento a la hora de llegada, déficit de material médico quirúrgico y de recursos humanos.

Como consecuencia de la situación expuesta el personal tiene que triplicar sus esfuerzos físicos y mentales para cumplir con sus deberes. Las enfermeras supervisoras encargadas de realizar sus funciones, solo se limitan a recorrer las áreas de hospitalización para obtener información sobre la cantidad de pacientes existentes, dejando de lado el seguimiento y control del proceso de enfermería ofrecido a los usuarios; así como la capacitación y adiestramiento en el servicio.

En este orden de ideas, otro aspecto a considerar es el de la comunicación, ya que las supervisoras no toman el tiempo suficiente para escuchar opiniones, quejas o sugerencias aportadas por las enfermeras, ni para la retroalimentación oportuna e inmediata con respecto a su desempeño a fin de humanizar las relaciones de los

miembros del equipo de salud y mejorar la calidad del cuidado, las enfermeras se muestran apáticas e indiferentes, con desidia y desmotivadas en el cumplimiento de las actividades laborales, las cuales generalmente son rutinarias; de igual manera, se registra muy poco, algunos de los procedimientos realizados, solo se dedican al cumplimiento de funciones interdependientes tales como: administración de medicamentos, actualización del expediente clínico, curas, dedicando menos tiempo a la práctica de acciones de enfermería independiente dentro del marco de las etapas del proceso de enfermería y demás actividades que comprenden el cuidado humano integral del usuario, así como también, la parte administrativa

Por lo que se presume que esto se debe a la ausencia de un control directo por parte del jefe inmediato, para medir las actividades del desempeño, que cumple el personal de enfermería de cuidado directo.

Es relevante destacar que en las diferentes áreas de hospitalización la ausencia de planificación de actividades a realizar, que faciliten la productividad de los procedimientos y la continuidad de la labor; y en consecuencia estas enfermeras manifiestan que existe “exceso de trabajo” lo cual les genera descontento y favorece el interés en el desempeño profesional, repercutiendo en la atención del usuario, familia y comunidad. Lo que lleva al descontento de los pacientes, dada por una disminución en la calidad del cuidado donde muchos quedan desasistidos, por la escasez de recursos humanos y material médico quirúrgico.

Así también, los pacientes tienen que llevar parte del material para su debida atención En muchas oportunidades la institución no brinda los tratamientos de radioterapia, quimioterapia y/o de cirugías, y la satisfacción del paciente, que debe ser un objetivo irrenunciable para cualquier institución asistencial y una medida de resultado y de sus intervenciones.

Así mismo, con esta nueva gerencia se comenta la sustitución de las supervisoras que durante mucho tiempo ejercían las funciones en la supervisión, y fueron pasadas a

atención directa y a coordinar consulta externa; y a las que tenían tiempo coordinando las relevaron de sus funciones, colocando a TSU en enfermería en la supervisión y coordinación de las áreas de Consulta Externa, Quimioterapia y Radioterapia. Las decisiones no son tomadas por las supervisoras que ejercen las funciones, sino que vienen dadas desde la alta gerencia. La conducta de los gerentes medio evidencia la diferencia en el manejo del personal, son poco transparentes en su trato, no demuestran lealtad y respeto hacia el personal que tienen a su cargo.

En base a estos se formula la siguiente interrogante **¿Existe relación entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado?** atendido en las unidades clínicas del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia Edo Carabobo?

2._Objetivos del Estudio

2.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en sus **factores: Acciones Técnicas, Administrativas, y Ético-legales**, y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus **factores: Necesidades Fisiológicas, Sociales, y de Estima**, en el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” de la ciudad de Valencia Estado Carabobo.

2.2._ Objetivos **Específicos**

- Determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral en su factor: **Acciones Técnicas** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor: **Necesidades Fisiológicas**.

- Determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral en su factor: **Acciones Técnicas** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor: **Necesidades Sociales**

- Determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral en su factor **Acciones Técnicas** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor: **Necesidades de Estima**.

- Determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral en su factor: **Acciones Administrativas** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor: **Necesidades Fisiológicas**.

- Determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral en su factor: **Acciones Administrativas** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor: **Necesidades Sociales**.

- Determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral en su factor: **Acciones Administrativas** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor: **Necesidades de Estima**.

- Determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral en su factor: **Acciones Ética – Legales** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor: **Necesidades Fisiológicas**.

- Determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral en su factor: **Acciones Ética – Legales** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor: **Necesidades Sociales**

- Determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral en su factor: **Acciones Ética – Legales** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor: **Necesidades de Estima**.

3._ **Justificación del Estudio**

El profesional de enfermería es considerado un personal importante dentro de la estructura organizativa de los hospitales y centros de salud en general, en este sentido es necesario que en la institución prevalezca un liderazgo efectivo que le permita estimular el desempeño laboral de los profesionales de enfermería, de tal manera que se sientan motivados (as) y a su vez valorados por la gerencia de enfermería y del centro asistencial donde laboran, por esto es necesario que se establezcan los dispositivos que le permitan disponer de una fuerza laboral suficientemente motivada para un desempeño eficiente y eficaz que conduzca al logro de los objetivos y las metas de la organización y al mismo tiempo a satisfacer las expectativas y aspiraciones de sus integrantes.

Este trabajo resulta de relevante importancia debido a que los resultados de esta investigación pudieran generar estrategias que mejoren el desempeño de las enfermeras de cuidado directo y así beneficiar a los usuarias, (os) familia y comunidad.

Desde el punto de vista profesional de la práctica, los resultados de este estudio ratifican el carácter científico de la profesión a través de estudios que evidencian cambios en su práctica es importante porque consolida la enfermería como profesión con las mismas teorías que se utilizaron y porque se estudia el desempeño de la enfermera como cuidadora desde su propia perspectiva.

De igual forma la importancia de este estudio a nivel científico, es relevante para la práctica profesional por cuanto las ECD conocerán de su desempeño laboral en función de las responsabilidades que le corresponden. Cabe destacar que este trabajo está orientado a brindar el apoyo teórico que sirvan de aporte a los estudiantes lectores e investigadores pertenecientes a cualquier casa de estudio y cursantes de carreras que comprendan cátedras y especializaciones de enfermería, medicina, bioanálisis u otras a fines enfocadas a dar respuestas a este tipo de formulación de estudio.

Por su parte desde el punto de vista metodológico, los resultados de este estudio contribuirán al abordaje y desarrollo de conocimientos en materia de ciencias de la

salud, así como también en temas basados sobre gerencia organizacional, comunicación y liderazgo, tal como los procedimientos que dan lugar al cumplimiento oportuno de las tareas inherentes al profesional de enfermería.

Por último esta investigación tendrá relevancia en él, aspecto social. Porque conociendo la relación entre el Desempeño de las Enfermeras en la Satisfacción de los enfermos oncológicos hospitalizados con ese desempeño profesional contribuyan con la prestación de un cuidado integral del proceso de cuidados que brindan las enfermeras de cuidado directo.

En lo institucional resulta relevante por cuanto los resultados contribuirán con la mejora de la imagen de la organización al contar con enfermeras competentes en su función profesional y con claras perspectivas del enfermo como centro de la institución.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo referido al marco teórico, se contempla la descripción del Centro de Salud Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño,” los antecedentes de las variables: Desempeño Laboral y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado, las bases teóricas, la definición de términos básicos, sistema de hipótesis, y el sistema de variables con su operacionalización,

1._ Reseña Histórica del Hospital

El Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”, se encuentra ubicado en la Colonia Psiquiátrica de Bárbula, Pabellón N° 15. Es una institución pública sin fines de lucro que presta servicio a toda la comunidad que padecen enfermedades de cáncer, además dicha institución se encarga de proporcionar a los pacientes el tratamiento adecuado según sea el tipo de cáncer que este presentando, para lograr paso a paso la recuperación del paciente.

El Hospital Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” estaba ubicado en la antigua calle del sol, hoy en día es la calle Páez; su ubicación se remonta desde tiempos memoriales. Donde el patio de este hospital daba hacia la calle Páez. En ese patio, según la costumbre de los antiguos nosocomios, se enterraban a los pacientes que fallecían en ellos, generalmente personas con muy pocos recursos que no podían costear un entierro. Pasa el tiempo y en el año (1912) Santiago González Ginand, Presidente del Estado Carabobo para ese entonces, en el cual, se decretó en la construcción de un hospital de la Maternidad en ese patio. En los

Años (1939 -1941) se crea un pequeño local al lado del hospital para hacer Radiología, al frente de ellos se encontraba el Dr. Oscar Perdomo Yáñez.

Desde su fundación, cabe destacar que este presta servicios a una población que progresivamente se ha ido extendiendo a los estados vecinos, y es el único hospital especializado en atención a esos enfermos fuera de Caracas.

En el año 1963 se hicieron remodelaciones por el Dr. Alfredo Celis Pérez, que conllevaron su aplicación a 72 camas aún existentes para el año 1981 construyéndose ambientes de Cirugía y Radioterapia, dotándose de equipos para la época, suficiente para una mejor atención que con el correr de los tiempos, se hicieron inadecuadas ; para entonces el incremento de sus actividades fue cada día mayor y el servicio se catalogó de excelente, pero con los años la carencia de un mantenimiento eficiente de los equipos se fueron dañando en forma de irreparables, como ocurren en tantos otros hospitales del país.

A principio del año 1985, el Dr. Michelle Calocéfalo, Director del hospital, señaló que se estaba avanzando en los preparativos internos de la mudanza del hospital a su nueva sede, ubicada en la antigua Colonia Psiquiátrica de Bárbula, Pabellón N°15. Los trabajos de construcción avanzaron rápidamente gracias al Gobernador Oscar Celli Gerbasi, quien prestó toda la colaboración posible.

El 31 de enero de 1986 se inaugura la nueva sede del Hospital Oncológico en Bárbula. En marzo de ese mismo año, el hospital comienza a funcionar con 100 camas. Contaba con un presupuesto aprobado de casi 19 millones de bolívares (18.785.352,72) por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Actualmente el hospital cuenta con cuarenta y cinco camas (45) dos áreas de hospitalización, se encuentran en remodelación desde hace cuatro años. Y

prestan los siguientes servicios: Servicio de Quimioterapia, Servicio de Radioterapia y Medicina Nuclear, Cirugía Oncológica, Servicio de Laboratorio Clínico, Servicio de Anatomía Patológica, Consulta pesquisa Oncológica, Consulta Externa, Consulta de Psicología y Psiquiatría, Consulta Hematológica, Consulta Dermatológica, Consulta Gastroenterología, Consulta Ginecológica, Consulta Terapia del Dolor, Ecografía, Servicio de Banco de Sangre, Medicina Interna Oncológica y Farmacia Oncológica.

2.- Antecedentes de la Investigación

A continuación se insertan los antecedentes de la investigación en Enfermería Nacionales e Internacionales, que guardan relación con el fenómeno en estudio, Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado.

Galindez, A. y Escobar, D. (2015) realizaron un estudio basándose en la **“Prestación del Cuidado de la Enfermera de Cuidado Directo y la Satisfacción del Paciente Hospitalizado.** Cuyo objetivo es determinar la relación que existe entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en sus **factores: Dimensión Técnica, Afectivas y Ética** y la Satisfacción del Paciente Hospitalizado en sus **factores: Cuidado Técnico, Afectivo y Ético** en un hospital tipo I “Dr. José Elías Landinez, Aroa, Municipio Bolívar Estado Yaracuy. Se trata de una investigación descriptiva, exposfacto correlacional. La población objeto de estudio estuvo conformada por 80 pacientes ubicados en las unidades de Medicina Interna, Alto riesgo obstétrico, Cirugía adultos, Oncología, cardiología y Traumatología. La muestra estuvo conformada por el 25% de la población, es decir, 20 pacientes.

Para la recolección de la información la autora utilizó un instrumento estructurado en tres partes la primera parte integrada por datos demográficos; la segunda parte referida a la variable 1 con 30 ítems y la variable 2 con 30 ítems,

ambas construidas en escala de Likert. Los resultados indicaron que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables y sus factores con un coeficiente significativo de $p < 0,0001$ de tal manera que la hipótesis general y las específicas planteadas fueron significativas.

Esta investigación guarda relación con la que se pretende estudiar por cuanto las enfermeras estudiadas al igual que este estudio realizan procedimientos dependientes, independientes, interdependientes e intervinientes para satisfacer las necesidades del paciente.

Entre los diferentes estudios relacionados con dicha investigación, en el plano nacional, cabe, mencionar a Cedeño, S. y Escobar, D. (2014) En su trabajo de grado titulado “**Habilidades Gerenciales de la Enfermera Supervisora de los Centros de Diagnóstico Integral**”; cuyo Objetivo fue determinar la relación que existe entre las Habilidades Gerenciales de la Enfermera Supervisora de los centros de diagnóstico integral en sus **factores: Habilidades Conceptuales, Humanas, Técnicas** y el Desempeño Laboral de las Enfermeras del Cuidado Directo en sus **factores: Acciones del Cuidado Directo e Indirecto**. Este estudio fue realizado en los 14 Centros de Diagnóstico Integral de Yaracuy, la población estuvo conformada por noventa y dos (92) enfermeras estudiándose una muestra de veintiocho (28) enfermeras de cuidado directo, que represento aproximadamente el 30% de la población estudiada. El diseño de la investigación fue descriptiva exposfacto correlacional.

La recolección de la información se realizó a través de un instrumento tipo cuestionario estructurado en tres partes, la primera referida a los datos demográficos, la segunda parte a la primera variable Habilidades Gerenciales de la Enfermera Supervisora contentiva de treinta y seis (36) ítems con respuestas de la escala de Likert, la tercera parte corresponde a la segunda variable Desempeño

Laboral de la Enfermera de Cuidado Directo con cuarenta y cuatro (44) ítems, con alternativas de respuestas cerradas en la escala de Likert. Antes de aplicar el instrumento se sometió a una prueba de validez de contenido por juicios de expertos. La confiabilidad del instrumento se obtuvo con la prueba Alfa Cron Bach cuyo resultados 0,92 para los ítems de las variables 1 y 0,95 para los ítems de la variable 2, para la corrección de factores y variables se utilizó el Coeficiente de Pearson. Los resultados obtenidos demostraron que existe una relación estadísticamente muy significativa entre las variables en estudio al obtener un coeficiente de correlación de Pearson igual +0,843, ($P > 0,001$), confirmándose la hipótesis general y las específicas.

Por otra parte, Luz Bautista y cols (2012) realizaron una investigación sobre **“Desempeño Laboral de los Enfermeros (as),”** con el objetivo de determinar el Desempeño Profesional de los egresados del programa de enfermería que laboran en instituciones hospitalarias. Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. Con una muestra de ciento veinte (120) profesionales de enfermería pertenecientes a cuatro (4) Instituciones Hospitalarias del Municipio de Cúcuta que cumplieron los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se aplicó un instrumento compuesto por datos de identificación, perfil profesional, condiciones generales de trabajo y desempeño laboral. Los resultados de la investigación son 85% de los egresados de manera satisfactoria realizan acciones gerenciales, administrativas y del cuidado, y solo el 50% de estos desarrolla actividades de Educación e Investigación.

Así mismo, Sánchez, M. y .García, C (2010), realizaron una investigación basada en el **“Desempeño Laboral de los Gerentes de Enfermería y la Motivación de las Enfermeras de Cuidado Directo,”** dicho estudio tuvo como

objetivo determinar la relación que existe entre el Desempeño Laboral de los Gerentes de Enfermería en sus **factores: Conductas de Liderazgo y Autonomía Profesional** y la Motivación de las Enfermeras de Cuidado Directo en sus **factores: Necesidades de Relación y Necesidades de Crecimiento** del área Médico – Quirúrgica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, de Valencia Estado Carabobo.

De igual forma, para la investigación utilizó un diseño exposfacto correlacional, con una población de 57 enfermeras de cuidado directo. Y una muestra probabilística seleccionada al azar aleatorio simple de 40 enfermeras que representaron el 70,17% de la población. Para recoger la información se elaboró un cuestionario tipo encuesta en escala de Likert con cinco opciones y estructurada en tres partes con 59 ítems. Los resultados confirmaron que la variable desempeño laboral de los gerentes de enfermería hubo una moderada aceptación de las conductas de liderazgo y autonomía profesional. En tanto que la variable Motivación de las Enfermeras de Cuidado Directo, refleja alto interés por las actividades profesionales, relacionadas con el cuidado de personas hospitalizadas.

Vale destacar que la importancia y relación que radica con la presente investigación está basada en la orientación general de la formulación de objetivos generales y específicos, de igual manera el interés por parte de los investigadores en abordar temas de índole bajo los paradigmas concernientes al desempeño y competencias del personal profesional de enfermería apoyadas en la planificación gerencial y motivacional del desarrollo de sus valores dentro y fuera de la sede de salud, orientadas (os) a los planes, propósitos, objetivos y metas y a la satisfacción laboral que debe accionarse o producirse en aras de la armonía y efectividad.

En ese mismo contexto Neri, B. y cols., (2010) realizaron una investigación titulada “**Actitud de la Enfermera de Cuidado Directo y la Satisfacción de la**

Persona Hospitalizada;” basándose en el objetivo de determinar la relación entre las Actitudes de las Enfermeras de Cuidado Directo en sus **factores: Solidaridad de la Enfermera, y la Enseñanza al Paciente** y la satisfacción de la persona hospitalizada en sus **factores: Comunicación de la Enfermera y Gratificación de Necesidades Fisiológicas interferidas.**

Se utilizó un diseño exposfacto correlacional con una población de 80 personas hospitalizadas en las unidades de medicina “A” y “B” del Departamento Médico Quirúrgico, de la ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, Estado Carabobo. La muestra no probabilística fue de índole intencional conformada por 40 personas. Para recopilar la información se elaboró un instrumento con 60 ítems en escala de Likert con cinco alternativas de respuestas, estructuradas en tres partes.

Los resultados obtenidos confirmaron la relación estadísticamente significativa entre los factores: solidaridad de la enfermera y la comunicación de la enfermera, solidaridad de la enfermera y la gratificación de las necesidades fisiológicas interferidas, enseñanza al paciente y gratificación de necesidades fisiológicas interferidas.

En cuanto a la variable, Actitud de la Enfermera de Cuidado Directo, la muestra eligió la alta respuesta, lo que refleja la actitud favorable asumida por las enfermeras de cuidado directo, en las que manifiestan su espíritu solidario e interés por la enseñanza a la persona hospitalizada. En la variable satisfacción, los elementos muestrales evidenciaron un alto grado de satisfacción por las actividades que ejecutan las enfermeras de cuidado directo para mantener la comunicación y ayudar a los pacientes a gratificar sus necesidades fisiológicas interferidas.

Los datos presentados anteriormente pueden ser considerados importantes para el proyecto en estudio, ya que tienen relación similar con respecto a las actitudes de la (el) enfermera (o) de cuidado directo; además las actividades son medidas individualmente, y las habilidades técnicas científicas son acciones que eminentemente pueden ser cuantificadas en la satisfacción del paciente hospitalizado.

Así mismo, Valderrama, O. y cols. (2010) presentaron un estudio titulado: **“Cuidado Humanizado de Enfermería y el Nivel de Satisfacción de los familiares de Usuarios atendidos en el servicio de Emergencia. Hospital de Barranca Perú;”** cuyo objetivo fue Determinar la asociación del cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción de los familiares de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Barranca. Material y métodos: estudio descriptivo correlacional en forma aleatoria.

La muestra fue de 162 familiares de pacientes y 14 enfermeros que ejercían labor asistencial en el Servicio de Emergencias. Los instrumentos para la recolección de datos fueron escala de satisfacción del familiar, guía de observación de cuidados de Enfermería y un cuestionario de trabajo del enfermero. Se aplicó la prueba de independencia de criterios (Chi cuadrado). Todas las pruebas se trabajaron con un nivel de significancia α 0,05.

El análisis del estudio reveló que el 59,9% del personal de enfermería en el Servicio de Emergencia brinda una atención con cuidado humanizado, mientras que el 40,1% brinda una atención sin cuidado humanizado. El 43,6% del personal de enfermería contratado no brindó un cuidado humanizado, mientras que el personal nombrado, solo el 20,5% no brindó un cuidado humanizado, diferencia significativa (p : 0,004).

Los resultados demostraron que existe asociación entre el cuidado humanizado de enfermería y el nivel de satisfacción del familiar del paciente, es decir, que en la medida que el paciente reciba un cuidado humanizado satisfactorio de enfermería, el familiar del paciente se sentirá más satisfecho con la labor de la enfermera (o) ($p < 0,001$). En tal sentido, la satisfacción del familiar del paciente atendido en la Unidad de Emergencia del Hospital de Barranca está directamente relacionada con el cuidado humanizado recibido del profesional de enfermería. Por lo tanto, este estudio se puede considerar relevante como aporte a esta investigación.

Por otra parte, Gutiérrez, S. y cols (2008), realizaron una investigación con respecto a: **“Satisfacción de los pacientes con la Atención recibida en un servicio de Cirugía General de Segundo Nivel, México.** El objetivo fue conocer la satisfacción de los pacientes suministrados por enfermería relacionándolos con otro equipo de salud. El tipo de estudio transversal, prospectivo y analítico. Se aplicó en forma ciega un cuestionario estructurado con 51 ítems, al egreso a 263 pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía.

Los resultados de la satisfacción fueron mayores en estudiantes, empleados y amas de casa e insatisfacción en las personas mayores, que solo podían leer y escribir. Hubo mayor satisfacción por la atención recibida por parte de otro personal como: trabajo social, auxiliares de laboratorio, dietistas e intendencia y otros.

En este contexto, se puede decir, que el resumen presentado es considerado relevante para ese proyecto, ya que estudia la satisfacción del paciente atendido en un hospital por distintas personas incluyendo el personal de enfermería; esto demuestra que, todos los trabajadores de salud, sin excepción, son considerados importantes en la recuperación y el cuidado integral de los usuarios hospitalizados

para que al llegar el egreso, este se sienta verdaderamente satisfecho de la atención recibida por todos aquellos que le brindaron apoyo en los distintos momentos de su hospitalización.

Otro hallazgo importante, el de Contreras, N. R, y cols (2008), quienes efectuaron un estudio transversal, titulado: **“Satisfacción con el Cuidado de Enfermería en el Adulto Mayor Hospitalizado:** Esta satisfacción fue valorada a través de la relación Enfermera - Paciente, comunicación efectiva, información oportuna y habilidad técnica profesional. En vista que el adulto mayor es un grupo vulnerable que requiere cuidado de Enfermería de calidad, el objetivo primordial fue identificar la satisfacción del adulto mayor bajo los cuidados de enfermería.

En la investigación, participaron 45 adultos mayores de 70 años hospitalizados en Medicina Interna y Cirugía de dos instituciones de salud, el hospital general de la Secretaria de Salud (62, 2%) y en el Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (37,8%); en los servicios de Cirugía (57,8%) y Medicina Interna (42,2%). Mediante la entrevista se aplicó una escala de Likert de 23 reactivos con cinco categorías: de completo acuerdo (5) a total desacuerdo (1) A mayor puntuación mayor satisfacción. Procesamiento y análisis con programa estadístico.

En tal sentido, este antecedente es relevante para el proyecto en estudio, en vista que la atención de enfermería es valorada directamente por el adulto de distintas edades, y en ella intervienen la comunicación, la información clara y sencilla de la enfermera, el respeto de la persona que como adulto de la tercera edad merece ser tomada en cuenta para las tomas de decisiones, por lo que la satisfacción del paciente de cuidado directo hospitalizado debe ser considerado como parte significativa para la enfermera (o) de cuidado directo, porque es el personal que permanece en contacto permanente con el enfermo.

De igual modo. Fernández, H. y Escobar D. (2006), realizó un estudio con el objetivo de **“Cuidado Proporcionado por la Enfermera y Satisfacción del Enfermo Hospitalizado en una Institución privada”**; cuyo objetivo fundamental es determinar la relación que existe entre el cuidado proporcionado por la enfermera, en sus **factores: Cuidado Técnico y Cuidado Afectivo** y la Satisfacción del Enfermo Hospitalizado en sus **factores: Seguridad y Protección**. Este estudio se realizó en una institución privada de la ciudad de Valencia, el diseño de la investigación fue descriptivo exposfacto correlacional, la población estuvo conformada por 200 enfermos que ingresaron al Servicio de Hospitalización, la muestra estuvo constituida por 50 enfermos adultos, de ambos sexos.

Para la recolección de la información se empleó un cuestionario estructurado en tres partes, la primera referida a los datos demográficos, con cuatro (4) ítems; la segunda, referida a la primera variable: Cuidado Proporcionado por la Enfermera, contentiva a 23 ítems, con alternativas de respuestas en escala de Likert, la tercera parte correspondiente a la segunda variable, Satisfacción del Enfermo Hospitalizado con 35 ítems, con alternativas de respuestas en escala de Likert. Los resultados obtenidos, indicaron que existe relación estadísticamente significativa entre las variables y sus factores con un coeficiente significativo de $p < 0.001$.

El presente estudio es de gran relevancia porque evidencia que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables y sus factores con un coeficiente significativo, lo importante es el Cuidado Proporcionado por la Enfermera y la satisfacción del Enfermo Hospitalizado, lo cual es abordado de manera particular en la presente investigación.

3.- Bases Teóricas

Comprenden aspectos teóricos, conceptuales, situacionales de la realidad objeto de la investigación u otros según convenga el caso.

3.1. Organizaciones

Las organizaciones son sistemas abiertos. Al respecto, Chiavenato (2009) refiere que un sistema es “un conjunto de elementos relacionados de modo dinámico que desarrollan una actividad para alcanzar determinado objetivo o propósito” esta definición reafirma el hecho de que una organización debe estar conformada por dos o más personas que cumplan papeles formales y un propósito común expresado en metas. (p, 24)

Es así como Kanter, R. (2011) expresa que:

Las organizaciones existen porque son más eficientes que los individuos que actúan de manera independiente, son al mismo tiempo sistemas abiertos dotados de componentes de sistemas cerrados. Estas se confrontan con la incertidumbre (ambiente) y, al mismo tiempo necesitan de certeza y probabilidad en sus operaciones (tecnología). Cada organización requiere de su propia estructura organizacional dependiendo de las características de su entorno y de la tecnología adoptada (p.36)

Para el precitado autor, la organización siempre ha constituido la plataforma donde se sustenta la institución. En un ambiente estable y previsible, la estructura tradicional puede continuar aun prestando buenos servicios, pero el ambiente estable se está constituyendo en una excepción. Sin embargo en un ambiente inestable, la organización que tiene más posibilidades de sobrevivir, debe ser inestable y cuanto más inestable es, tanto más puede ella influenciar el ambiente.

Por su parte Robbins, S. (2005), incorporan los elementos de coordinación y continuidad, cuando señalan que la organización es “una unidad social, coordinada

deliberadamente, compuesta de dos o más personas que funciona de manera más o menos continua para alcanzar una meta o varias metas comunes” (p. 4).

De lo anteriormente expuesto se dice que las nuevas organizaciones deben tomar en cuenta lo siguiente: 1. Desmitificar la idea de control central a partir de la cima. 2. El papel de la jerarquía debe redefinirse. Las organizaciones son: organismos vivos en los cuales no existen partes idénticas, por lo tanto, son orientadas con base, dinámicas, en continuo cambio. Imprevisibles funcionan de acuerdo con estándares cíclicos de información (lazos de retroacción) se causan rupturas por la interacción de varios factores interventores, autorganizadoras. El orden se crea internamente y se permite una amplia autonomía, y surgen debido que los individuos tienen objetivos que solo pueden lograrse mediante la actividad organizada.

En este mismo orden de ideas, Chiavenato, I. (2009) señala que “los miembros de la organización son: los gerentes y empleados, los proveedores, los clientes y usuarios, el gobierno y la sociedad” estos miembros participan en un proceso continuo de colaboración y competencia. (p, 28).

3.2. Gerencia en las Organizaciones

Los gerentes trabajan en un lugar que llamamos organización, la organización es el “campo de juego” donde los gerentes actúan y una herramienta crítica de los gerentes efectivos, es la capacidad de entender y predecir el comportamiento de la gente en las organizaciones. El término (gerencia) es difícil de definir sin embargo Henry, Sisk y Mario Sverdlik (1979) expresan que: “significa cosas diferentes para personas diferentes. Algunos lo identifican con funciones realizadas por empresarios, gerentes o supervisores, otros lo refieren a

un grupo particular de personas. Para los trabajadores; gerencia es sinónimo del ejercicio de autoridad sobre sus vidas de trabajo”.

Así mismo, Díaz. C (2009) en su trabajo denominado liderazgo gerencial lo define como “Un proceso social que lleva la responsabilidad de planear, regular y ejecutar las operaciones de una empresa, para lograr un propósito dado. (p, 32). Gerencia es proveer, organizar, mandar, coordinar y controlar las operaciones de una empresa”, Es decir la gerencia fija la dirección de un organismo social y genera la efectividad para alcanzar sus objetivos, fundada en la habilidad de coordinar a sus integrantes.

De tal manera, partiendo de lo anteriormente citado, los gerentes son responsables de diseñar la estructura de una organización. Esta función se conoce como organizar; incluye determinar las tareas que deben hacerse, quien tiene que hacerlas, como deben agruparse las tareas, quien debe reportarle a quien y en qué lugar de la organización se tomaran las decisiones.

Por otro lado, Chiavenato, I. (2001) al referirse a las organizaciones, plantea que estas son las agrupaciones humanas que de manera intencionada son instituidas para alcanzar los objetivos, así mismo tienen la capacidad de replantear las metas si encuentran una mejor forma de alcanzarlos con menor inversión y menor esfuerzo. De modo que se hace evidente, la flexibilidad de las organizaciones ya que estas permiten dentro de la estructura emplear grupos humanos de distintas profesiones para lograr los cambios requeridos.

3.3 Gerencia en Enfermería

La gerente medio de enfermería tiene la responsabilidad de generar un entorno laboral satisfactorio donde prevalezcan las relaciones interpersonales

positivas, y se estimulen las cualidades del personal en un ambiente laboral marcado por el déficit de insumos y recursos necesarios para la oportuna atención de las personas en proceso de salud o de enfermedad. La necesidad de la gerencia en una empresa siempre se da de una buena gerencia y para ello se nos hace necesario la formulación de dos tipos de preguntas claves tales como, ¿por qué y cuándo la gerencia es necesaria?

La respuesta a esta pregunta define, en parte, un aspecto de la naturaleza de la gerencia. La gerencia es responsable del éxito o el fracaso de una empresa. La afirmación de que la gerencia es responsable del éxito o el fracaso de una empresa, nos dice por qué necesitamos una gerencia, pero no nos indica cuándo ella es requerida. Siempre que algunos individuos formen un grupo, que por definición, consiste de más de una persona, y tal grupo tiene un objetivo, se hace necesario, para el grupo, trabajar unidos a fin de lograr dicho objetivo. Los gerentes constituyen una parte importante de la fuerza laboral de cualquier país.

Los integrantes del grupo deben subordinar, hasta cierto punto, sus deseos individuales para alcanzar las metas del grupo, y la gerencia debe proveer liderazgo, dirección y coordinación de esfuerzos para la acción del grupo. La enfermera gerente que tiene esta función debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas. Estas disciplinas son necesarias para la práctica del cuidado de enfermería. La enfermera será responsable de considerar los valores, actitudes y conocimientos debiendo ejercer un liderazgo comprensivo, motivador para el personal de enfermería hacia la mejora del cuidado.

Por su parte la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales de intuición para

tomar decisiones y realizar acciones que respondan a las necesidades particulares de la persona otorgando un cuidado individualizado. El recurso terapéutico y habilidades específicas, se convierten en aspectos efectivos en el medio de enfermería. La práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar, interaccionando con las personas.

Otro aspecto en la práctica de la gerencia del cuidado que merece ser señalada, es la colaboración interdisciplinaria que comprende la consulta entre otros (as) colegas enfermeras (os); esto ayudara a la participación de enfermeras (os), clínicas en desarrollo de conocimiento, formación de futuras enfermeras (os). Todo profesional en gerencia de enfermería, además de tener cada una la responsabilidad de ser ético como persona, esta resguardada de un código ético en el ejercicio de su profesión. En este caso los administradores cuentan con un código ético que define normas y reglas que deben cumplirse.

En este sentido, la gerencia en enfermería es una forma de catalizador, en donde se asume la responsabilidad de administrar el proceso de cambio, de reinventar por completo sus unidades y servicios para adaptarlas al cambiante mundo. ¿Cómo sabemos si un gerente es efectivo?

La gerencia por objetivos se define como el punto final (o meta) hacia el cual la gerencia dirige sus esfuerzos. El establecimiento de un objetivo es en efecto, la determinación de un propósito, y cuando se aplica a una organización empresarial, se convierte en el establecimiento de la razón de su existencia. El papel principal de un gerente en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos humanos y materiales con intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución.

Por otro lado Robbins, S. (1994) describe la gerencia “como un proceso que permite llevar a cabo el trabajo con eficiencia y eficacia, a través de las personas. De allí, que el personal que gerencia debe tener claro, que no se puede trabajar solo, que su línea de movimiento debe estar dirigido a actuar a favor de la articulación social, que le permita trabajar con las personas con una amplitud que contribuya a implementar un modelo de trabajo creativo. De manera que el trabajo del gerente medio tiene efectos transformadores en una organización y en la sociedad.

Aspectos Generales del Cuidado al Enfermo Hospitalizado

En este aspecto se incorporan los aspectos de cuidado en algunas teorías del cuidado humano, referido por Jean Watson (1999), creadora de la teoría transpersonal de cuidado humano al evidenciarle como una postura ética y estética frente al mundo.

Es un compromiso con el estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, en la preservación de la naturaleza, en la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; es contribuir en la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida.

El cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de Enfermería.

En tal sentido Leininger (1984) refiere que “El cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería.” (p. 46). De manera que para la enfermera (o) el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente.

La Enfermería como profesión ha transitado un camino histórico a través del cual ha tratado de perfilar cual es el objeto o fin de su ejercicio, desde la

realización solo de tareas y actividades técnicas que se perfilan o enfoca hacia el cuidado humano, lo cual se traduce en realizar actividades pequeñas o grandes a individuos que asisten a los centros de salud en la búsqueda de su recuperación física o psíquica, donde el cuidador despliega una serie de acciones que le permitan llegar a alcanzar los objetivos que se plantean con cada uno de los pacientes que atienden.

García, M. (1994) define el cuidado de enfermería como

Una acción positiva de relación entre el usuario y la enfermera, que permite que ésta se realice, en el individuo o para él, actividades de apoyo, orientación o ejecución de determinadas técnicas a favor del mantenimiento de la salud, de la recuperación e incremento de esta llevados a cabo cuando lo necesita y se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, por lo tanto contribuyen a la supervivencia. La atención directa ocupa un lugar fundamental en el ejercicio de la profesión, ya que las demás áreas de su quehacer existen solamente en función de ésta, y van dirigidas a mantener y lograr su excelencia. Para efecto de éste estudio se clasifican muchas actividades de enfermería que incluyen su participación en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y brindando atención directa en casos especiales en base al cuidado de la persona. (p.44)

La enfermera tiene que fundamentar su actividad profesional en un conjunto de conocimientos científicos, tecnológicos, humanistas y conductuales favorecedores del cuidado a personas que requieren su ayuda profesional, ese cuidado es considerado como un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales,

En tal sentido, Leininger (1984) refiere que "El Cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la enfermería." (p.46) De

manera que para la enfermera (o) el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) 2015 define la Enfermería como:

La profesión que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

De estas definiciones se deduce que el eje central de la enfermería es el cuidado humano, aspecto que merece especial atención, por lo que al buscar sus orígenes, según el diccionario Larousse (2005) “La palabra cuidado proviene del latín “Cogitatum” que quiere decir pensamiento, y es definido a su vez como solicitud y atención para hacer bien alguna cosa”.

De lo anteriormente expuesto se infiere que el cuidado se basa en cualquier que se le da a otra persona respetando su integridad, con el propósito de promover su crecimiento. A la vez acota la importancia que tiene la dedicación como fundamento para el cuidado, como parte integrante del trabajo, cabe destacar que todos los aportes teóricos ya definidos sirvieron de guía para el desarrollo a la consecución de este estudio referido a los objetivos generales y específicos trazados en el mismo, recalcando de igual manera la utilidad documental bibliográfica pertinente para fundamentar dicha investigación.

En este contexto, Waldow, V. (1998) señala, que el verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar, aun en un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano. Es decir, que para esta autora, el cuidar significa: preocupación, interés, afecto importante, protege, gustar, cautela, celo, responsabilidad; entonces se puede interpretar que el cuidado es una palabra muy amplia, que se puede ver desde varios puntos de vista.

Por su parte, Colliere (1999) afirma que cuidar, ha sido considerado como banal y accesorio ante la emergencia de la medicina científica o se confunde con la aplicación de los tratamientos a los que ha sido asimilado.

El objetivo de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayuda a vivir. Los tratamientos enfocados hacia la enfermedad, no pueden sustituir a los cuidados, curar no puede reemplazar a cuidar.

De manera, que el cuidar, es ante todo un acto de vida, ya que cuidar representa una infinita variedad de actividades en enfermería dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que esta se continúe y se reproduzca, de ahí que la enfermera, realiza una serie de acciones por medio de las cuales brinda cuidados a los pacientes ayudándolos a satisfacer sus necesidades mediante: las acciones de cuidado directo e indirecto.

Además de todo lo anterior, el cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada enfermo, darse cuenta de sus actitudes y aptitudes, interés, y motivaciones, así como el de aplicar estrategias en cada situación, respetando a la persona o a quien cuida como única, autónoma, autentica, capaz de generar a través del cuidado, la confianza, la seguridad y el apoyo efectivo.

En tal sentido, el cuidado de enfermería, es la capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por alguien que esté enfermo o que amerite atención. Por lo tanto, el cuidado es la acción encaminada a hacer algo por alguien que no puede desempeñar por sí mismo sus necesidades básicas tales como: alimentación, higiene personal, eliminación, termorregulación, sueño, descanso, comodidad, actividad y movilidad.

Al respecto, Boff, L. (1999), refiere que el cuidado está vinculado con la preservación o la conservación de algo o la asistencia y ayuda que se brinda a otra persona. Por lo tanto la palabra cuidado se deriva del verbo cuidar (del latín *coidar*). En su forma más antigua, *cura* en latín se escribía *coera* y era usada en un contexto de relación de amor y de amistad. Expresaba actitud de cuidado, de desvelo, de preocupación y de inquietud por la persona amada o por el objeto de estimación.

Es por ello, que Morse (1994) presenta cinco categorizaciones ontológicas referentes al cuidado. En primer lugar, el cuidado es visto como una característica humana; es decir, el cuidado es parte de su naturaleza, común e inherente a las personas como característica universal, básica y constante en la sociedad, un componente esencial y necesario para la supervivencia.

Es decir, que conviven manifestaciones de cuidado entre los grupos humanos ocasionadas por la variación cultural que ofrece interacciones congruentes con las características formativas y sociales del individuo, grupo o sociedad en la que interactúa.

En segundo lugar, el cuidado es categorizado como un imperativo moral o ideal; por lo tanto es considerado como una virtud moral; que involucra el bien del paciente y la manutención de su dignidad, respetándolo como ser único. Visto así,

el cuidado para enfermería es considerado como una práctica que busca el bienestar del otro y desde esa perspectiva el cuidado no se manifiesta como un conjunto de comportamientos palpables.

Otra categoría es, el cuidado semejante al afecto, ya que involucra emociones, sentimientos de compasión o empatía para con el paciente, que motivan a la enfermera a ofrecerlo; se presentan deseos, sentimientos que influyen en el estado emocional y que afectaran la interacción positiva o negativamente.

Así mismo, el autor refiere que, el cuidado como acción terapéutica de enfermería la enfermera debe detectar y satisfacer las carencias manifiestas del paciente, campo donde se deben enfatizar las competencias y habilidades con relación al cuidado que promueven la autonomía, el autocuidado, la información, la compasión y la promoción a la vida. De manera que se hace énfasis en la necesidad de adecuar el conocimiento y las habilidades como base a las acciones de cuidado; entre las acciones de enfermería y la percepción de las necesidades del enfermo.

Por último, el cuidado es visto como una relación interpersonal o interacción personal, donde existe una comunicación, de confianza, de respeto y compromiso de uno con el otro, cuando esto ocurre, ambos se enriquecen. La integración de los sentimientos compartidos establece la posibilidad de dar o recibir ayuda. Se enfatiza en la integración de sentimientos y acciones en el encuentro, de tal manera que la interacción enfermera- paciente es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado.

3.4. Teorías de Enfermería en relación al Cuidado.

Las teorías de Enfermería son modelos que ofrecen una visión global de los parámetros generales de enfermería, que incluyen ideas sobre la naturaleza y el papel del paciente, así mismo sobre el entorno o cultura en donde se desarrolla la enfermería, sobre el objeto o función que desempeña, cual es el cuidado de la salud, las acciones o intervenciones que suministra al paciente. Todos estos conceptos se pueden categorizar de la siguiente forma: La persona que recibe los cuidados; el entorno en el que existe la persona; el concepto de salud como meta de la persona en el momento de su interacción con la enfermera (o).

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad. Por lo tanto es necesario, contar con teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente. De manera que la estructura conceptual y la filosofía de la teoría o modelo se encuentra ubicada en una línea de staff, como un conjunto de creencias, valores y lo que las enfermeras asumen como verdaderos, respecto al fenómeno de interés para la disciplina del cuidado, por lo que indirectamente modifican lo que cada enfermera en su contexto propio de trabajo entiende por: persona, salud, entorno y enfermería.

En esta investigación se hará referencia al modelo del cuidado humano propuesto por Jean Watson (2002), sobre el cuidado enfermera, el cual, muestra un interés por el concepto del alma y enfatiza la dimensión espiritual de la existencia humana. Estos aportes destacan la orientación filosófica, existencial-fenomenológica, espiritual, basada en parte por la filosofía oriental; asimismo, adopta el pensamiento de la escuela humanista, existencial y psicológica transpersonal.

En esta teoría, enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los

pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es considerado un fenómeno social universal que solo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal y contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos.

En este contexto, se considera que existen dificultades actuales de enfermería, como la deshumanización; refiriendo, que los cuidados enfermeros han existido en todas las sociedades, se encuentran personas que son cuidadas por otras; una actitud cuidadora no se ha transmitido de una generación a otra por la herencia genética sino mediante la cultura de una profesión a su medio como un único sistema de adaptarse a su medio; es decir que los cuidados enfermeros siempre han tenido posición cuidadora frente a los otros seres humanos.

Es importante señalar también, la utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones; la promoción de una enseñanza- aprendizaje interpersonal; la creación de un medio ambiente mental, físico, sociocultural y espiritual de sostén, de protección y/o de corrección; la asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas; el tomar en consideración los factores existenciales – fenomenológicos.

De tal manera que, el foco principal de esta teoría de enfermería está en sus diez factores de cuidado derivados de una perspectiva humanística, combinada con una base de conocimientos científico, entre ellas se mencionan: practicar el amor, la amabilidad y la coherencia dentro de un contexto de cuidado consciente; ser auténtico, estar presente, ser capaz de practicar y mantener un sistema profundo de creencias; cultivar sus propias prácticas espirituales y transpersonales del ser; desarrollar y mantener una auténtica relación de cuidado, de ayuda y confianza; es

estar presente y dar apoyo durante la expresión de sentimientos positivos o negativos.

En tal sentido, la visión humanista del cuidado de Watson, es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados de enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones. Por lo tanto este modelo es relevante para el estudio en cuestión, porque aporta a grandes rasgos lo que debe hacer una enfermera con vocación, dedicación y ética profesional.

3.5.- Desempeño Laboral en Enfermería.

El desempeño ha sido definido como aquellas acciones o comportamientos observados en los empleados que son relevantes para los objetivos de la organización, y que pueden ser medidos en términos de las competencias de cada individuo y su nivel de contribución a la empresa. Algunos investigadores argumentan que la definición de **Desempeño** debe ser completada con la descripción de lo que se espera de los empleados, además de una continua orientación hacia el desempeño efectivo.

De igual forma, Balderas, M. (1995) reafirma la importancia de reconocer que la ejecución de las actividades profesionales de los gerentes de enfermería ha de reflejar el conocimiento, las habilidades, destrezas, liderazgo, autonomía, responsabilidad compartida, toma de decisiones, identidad profesional, los cuales son elementos fundamentales para optimizar la prestación de los servicios en enfermería. Esta prestación de servicio la califican como **Desempeño Laboral**.

Según Bohórquez (2007), el **Desempeño** es “la ejecución voluntaria de conductas relevantes para alcanzar las metas de la organización. Esto es, los aportes conductuales del individuo al logro de las metas dentro de la organización en un tiempo determinado” (p 75).

Otra definición, la de Chiavenato I, (2000), quien expone que el **Desempeño** es eficacia del personal que trabaja dentro de las organizaciones, la cual es necesaria para la organización, funcionando el individuo con una gran labor y satisfacción laboral. En este sentido, el **Desempeño Laboral** de las personas va a depender de su comportamiento y también de los resultados obtenidos. (p.359).

De igual manera, Stoner, (2007) afirma que el **Desempeño Laboral** es la manera como los miembros de la organización trabajan eficazmente, para alcanzar metas comunes, sujeto a las reglas básicas establecidas con anterioridad. (p.17). Así, se puede notar que esta definición plantea que el desempeño laboral está referido a la manera en la que los empleados realizan de una forma eficiente sus funciones en la empresa, con el fin de alcanzar las metas propuestas.

Entre tanto, **Newstron**, y Davis (2007), aseguran que el **Desempeño Laboral** se ve afectado por factores como: capacidades, adaptabilidad, comunicación, iniciativa, conocimientos, estándares de trabajo, desarrollo de talentos que potencian el diseño del trabajo y maximizan el desempeño. (p.16_24)

Según Fernández, Y. (2010) el **Desempeño Laboral** es “el comportamiento o conducta real del trabajador o educador para desarrollar competentemente sus deberes u obligaciones inherentes a un puesto de trabajo, es lo que en realidad hace no lo que sabe hacer”. (p.66)

En tal sentido, Gibson y cols. (1989) señalan que la misma es la “Evaluación sistemática, formal de un empleado con respecto a su desempeño en el puesto y su potencial para el desarrollo futuro “(p. 353). Por su parte Stoner (1996) señala que la **Evaluación** “es un proceso continuo de proporcionar a los subordinados información sobre la eficiencia con que están efectuando su trabajo para la organización.” (p. 390).

Quedando claro, que a través del **Desempeño** la organización puede conocer la calidad de los cuidados que las enfermeras proporcionan a los usuarios hospitalizados en esa institución, y por otra parte le permite al profesional conocer como la organización ve su desempeño y a través de esta obtener según sea el resultado de la misma, recompensas, aumentos salariales, ascensos, entre otros o capacitaciones. Por tanto el **Desempeño** se convierte en un elemento motivador para alcanzar el éxito.

En tal sentido, Marriner –Tomey (1997) “señalan que el **Desempeño** se refiere a las conductas relacionadas con el número de posiciones que se mantiene, la intensidad de posiciones y el carácter prioritario de las mismas.” (p.469). El desempeño de las enfermeras de cuidado directo refleja la práctica del cuidado que esta realiza con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios.

De igual manera Iyer, Taptich y Bernocchi – Losey (2004), expresan que la práctica de enfermería se define como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas físicos o emocionales, reales o potenciales, a través de servicios como la búsqueda de casos, la educación para la salud, el consejo sanitario y la prestación de atención sanitaria para el mantenimiento o el restablecimiento de la vida y del bienestar y la ejecución de los regímenes médicos según la prescripción de un médico u otro profesional con una autorización legal . (p, 8).

El **Desempeño Laboral** en enfermería, se puede decir que es la manera como el profesional de enfermería demuestra competencias en el desarrollo de sus funciones, en este sentido, Urbina, L. (2003) expresa que el **Desempeño Laboral** “es el comportamiento o conducta real del trabajador para desarrollar competentemente sus deberes u obligaciones inherentes a un puesto de trabajo” (p. 92), es importante destacar lo expuesto por el autor ya que el personal de enfermería cumple funciones inherentes al cargo que desempeña y debe demostrar competencias que le permitan destacarse, sin embargo es importante tomar en cuenta las condiciones de trabajo y personales que son determinantes en la calidad de desempeño.

De igual manera es importante resaltar que el desempeño laboral está ligado a la efectividad y el éxito de la organización en este sentido, Ruiz K. (2009) expresa que el **Desempeño Laboral** es “la piedra angular para desarrollar la efectividad y el éxito de una compañía, por esta razón hay un constante interés de las empresas por mejorar el desempeño de los empleados a través de continuos programas de capacitación y desarrollo. (p. 96)

Con relación a lo antes expuesto, se puede decir que tanto la efectividad como el éxito de la empresa están íntimamente ligados al desempeño laboral del empleado, en virtud de esto el organismo empleador debe realizar esfuerzos para motivar la participación efectiva del empleado dentro de la organización, creando estrategias que incentiven el trabajo y el desarrollo personal del empleado, estableciendo metas que permitan al líder como al colaborador visualizar los alcances que han logrado.

El **Desempeño Laboral** en enfermería, se define operacionalmente como la ejecución voluntaria por las enfermeras de cuidado directo de acciones técnicas, administrativas y ético-legales dirigidas al enfermo oncológico hospitalizado para

alcanzar las metas de la organización, en esta investigación ha sido seleccionada para medir el desempeño laboral de las enfermeras de cuidado directo.

Acciones Técnicas

Definida en esta investigación como la ejecución voluntaria por las ECD de actividades de cuidados referidos al proceso de enfermería, procedimientos enfermería independientes, dependientes e interdependientes.

El Proceso de Enfermería proporciona dirección, guía y significado al cuidado de enfermería mediante la comunicación, sincronización y organización de las acciones de todo el personal de enfermería dando continuidad a la atención a través de las enfermeras de cuidado directo.

Por su parte, Iyer, Taptich y Bernocchi – Losey (2004), lo definen como “el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para una resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familiar”. (p. 9). Sin embargo para el éxito del **Proceso de Enfermería** y lograr cubrir las necesidades individuales del usuario, familia y comunidad se llevan a cabo cinco etapas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

De tal manera que la **Valoración** se inicia con la entrevista de la enfermera al paciente. Las enfermeras de cuidado directo mediante la valoración deben tener una base sólida que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad a través de la transferencia de la recogida de datos para priorizar sistemáticamente las necesidades del paciente. Iyer, Tapich y Bernocchi – Losey (2004), definen la **Valoración** como “el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud

de un cliente”. (p, 39). A menudo, la valoración previa a la admisión en el hospital la efectúan las (os) en los consultorios médicos, clínicas y departamentos de consulta externa. Esta valoración incluye una historia de enfermería y una evaluación de la disposición del paciente para ingresar a los servicios de hospitalización.

La **Planeación**, la cual dirige la acción de la enfermera de atención directa para atender al usuario en el alivio de un problema o para cubrir una necesidad mediante la continuidad y consistencia de la atención. Al respecto Iyer, Tapich y Bernocchi- Losey. (2004) señalan que la **planeación** “consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del usuario enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería” (p.157).

El **Plan de Cuidado** es un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria. Al respecto y Bernocchi-Losey, Iyer, Taptich. (2004) lo definen como: “Un método de comunicación de la información importante sobre el cliente. El formato del plan le ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y de diagnóstico. El plan sirve de centro receptor cuando lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación. Facilita la comunicación mediante la identificación de la información oportuna. También proporciona un mecanismo para la evaluación de los cuidados prestados”. (p. 196).

Seguidamente la **Ejecución**, según el Manual Mosby (2000) como el comienzo del plan de cuidados realizado por el personal de enfermería de cuidado directo enfocándose en el inicio de aquella intervención de enfermería que ayuda al usuario a conseguir los objetivos deseados. (p, 640)

Así mismo Iyer, Taptich y Bernocchi –Losey (2004), afirman que las necesidades físicas y emocionales del cliente se pueden dividir en nueve patrones de respuestas humanas. (Aunque cada una de ellas tiene una variedad infinita de intervenciones asociadas, valoración, planificación y educación son enfoques habituales). El profesional de enfermería utiliza el razonamiento crítico durante la ejecución para identificar problemas y resolverlos de forma eficaz”. (p, 266).

Finalmente la **Evaluación**, fase final del proceso de enfermería que se produce siempre que el profesional de enfermeras de cuidado directo interacciona con el usuario para comparar el estado de salud del usuario con los objetivos definidos por dicho profesional.

En este mismo orden de ideas, Iyer, Taptich y Bernocchi-Losey (2004), opinan que la **Evaluación** “es un proceso continuado y sistemático utilizado para juzgar cada componente del proceso de enfermería y para evaluar la calidad de los cuidados” (p. 312).

En cuanto a los **Procedimientos Independientes** definidos en esta investigación como la ejecución autónoma de actividades por las ECD relacionadas con la medición de signos vitales, y las medidas de higiene y confort. Según Iyer, Taptich y Bernocchi- Losey (1994), las definen como” aquellas actividades que se consideran que están dentro del ámbito del diagnóstico y tratamiento. Estas acciones no necesitan una orden medica” (p, 8).

Así mismo Griffith y Christonson (1986) opinan que los **Procedimientos Independientes** “en la práctica de enfermería son: valoración, análisis, y diagnóstico, planeación, implementación y evaluación” (p, 3).

Sin embargo para la ejecución de estos procedimientos es importante aplicar el proceso de enfermería que amplía cada una de estas actividades en beneficio del paciente, ya que es el medio del que dispone la enfermera de cuidado directo para demostrar su interés y responsabilidad con los pacientes.

La enciclopedia Medicina y Enfermería Mosby (2000), señala como **Procedimientos Independientes** los signos vitales que corresponden a las medidas correspondientes a la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal. Aunque en sentido estricto no es un signo vital, la presión arterial. También se suele incluir. (p, 1145). Estos son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites que por encima o por debajo significa riesgo para el paciente.

Son los indicadores basales del estado de salud del paciente. Pueden medirse en fases muy tempranas de la exploración física al ingresar el paciente o integrarse a la valoración diaria. Los signos varían de individuo a individuo y en diferentes horas del día en un mismo individuo; pero hay ciertos límites que generalmente se consideran estándar.

En tal sentido, la valoración de los **Signos Vitales** son actividades del personal de enfermería y personal médico, entre otros, que permite detectar alteraciones potenciales o reales modificatorias del equilibrio físico del individuo, constituyen el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinan el cuidado del paciente.

Es importante resaltar que los **Signos Vitales** normales cambian con la edad, el sexo, el peso, la tolerancia al ejercicio y la salud en general. Los rangos normales de los signos vitales para un adulto sano promedio mientras esta en

reposo son: Presión arterial: 90/60 mm/Hg hasta 120/80 mm/Hg. Respiración: 12 a 18 respiraciones por minuto Pulso: 60 a 100 latidos por minuto. Temperatura: 36,5- 37,2° C (97.8-99.1° F promedio de 37° C (98.6° F). De modo que cualquier variación por debajo o por encima de estos rangos es considerado anormal o de vigilancia para el paciente y para la enfermera que ejerce el cuidado.

En tal sentido, Riopello. L, (1993) señala que la **Piel** tiene un papel muy importante en el organismo, ya que es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participar en la eliminación de residuos (sudor, etc.,) refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite la sensación térmica, de tacto, de presión que se produce en las venas y arterias, frente al dolor, ardor, coloración que en algún momento determinen algún problema presente y que amerite la atención inmediata del equipo de salud.

Se dice que estos procedimientos incluyen todas las medidas orientadas a la **Higiene** del paciente, así como el garantizar el máximo de comodidad y de aseo del mismo. Estas actividades incluyen entre otras: baño en cama, higiene bucal, higiene del cabello, lavado genital, enemas (cuando estos sean requeridos para procedimientos específicos), manejos de colostomías (cuando este indicado)

En cuanto a la palabra confort, esta se deriva (galicismo e confort) es aquello que produce bienestar y comodidades. Cualquier sensación agradable o desagradable que sienta el ser humano le impide concentrarse en lo que tiene que hacer. La mejor sensación global durante la actividad es la de no sentir nada, indiferencia frente al ambiente, esa situación es el confort.

En otras palabras, se trata de aquello que brinda comodidades y genera bienestar al paciente. El confort puede estar dado por algún objeto físico (un sillón, un colchón) o por alguna circunstancia ambiental o abstracta (la temperatura apropiada, la sensación de seguridad.

En tal sentido Kozier (1993) señala que” la higiene personal es el cuidado que la gente toma sobre sí misma en consideración de su salud; es un asunto altamente individual vinculado con los valores y las practicas personales” (p, 238). Esto quiere decir, que la limpieza corporal favorece la salud del paciente para su pronta recuperación debido a que es una barrera de protección contra las bacterias y hongos que se alojan en la piel.

En cuanto a los **Procedimientos Dependientes**, Iyer Pw, Taptich B j, Bernocchi – Losey refieren que tienen que ver con el conjunto de actividades realizadas por las enfermeras, fundamentadas por el conocimiento científico, es decir, son actividades dependientes de enfermería que se realizan bajo prescripción clínica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarla a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica del suministro de fármacos.

Así también, los **Procedimientos Interdependientes**, que en esta investigación se define operacionalmente como las actividades o intervenciones que realizan las ECD indicadas por otros profesionales de la salud relacionadas con la ejecución de estudios especiales y laboratorios e interconsultas y participación en la revista médica.

Por tal motivo, **Iyer**, Taptich y Bernocchi –Losey (2004), los definen como:

Las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención. Las intervenciones pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, nutricionistas terapeutas, técnicos y médicos, y pueden añadir detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico. (p. 183)

De la misma forma, Griffith y Christonson. (1986), expresan que los **Procedimientos Interdependientes** “incluyen la coordinación y planeación con otros miembros del equipo de salud” (p.3) ; por lo que pudiéramos afirmar que los procedimientos interdependientes son las actividades que realizan los profesionales de enfermería con la finalidad de apoyar al individuo en la conservación de la salud conjuntamente con otros profesionales de salud para mantener y recuperar las necesidades del usuario deterioradas por un proceso patológico, relacionadas con terapia medicamentosa, ejecución de exámenes especiales e interconsultas.

Según Raffensperger, Lloyd y Neeson (2005), expresan que “ tratar a un paciente es un procedimiento que no consiste únicamente en diagnosticar mediante los distintos y cada vez más eficientes métodos diagnósticos y técnicas exploratorias una enfermedad y prescribir para ella una terapia previamente establecida”. (p, 12).

Por ello que el tratamiento correcto de un paciente implica que se ha comprendido y valorado los efectos globales de un trastorno sobre el individuo enfermo, tanto los físicos como los psíquicos, por supuesto, los económicos y sociales.

El personal de enfermería participa activamente en el ambiente del paciente para facilitar la adaptación mediante intervenciones de apoyo en el momento de la ejecución de cualquier procedimiento para fortalecer y conservar el estado de

salud del paciente o la reducción de su deterioro, promoviendo y optimizando el bienestar del paciente y a su vez logrando el éxito del procedimiento.

En esta investigación se define operacionalmente como las actividades o intervenciones que realizan las ECD indicadas por otros profesionales de la salud relacionadas con la ejecución de estudios especiales y laboratorios estudios especiales e interconsultas participación en la revista médica.

Acciones Administrativas

Definidas como la ejecución voluntaria por las ECD de actividades de cuidado indirecto tales como la entrega y recibo de guardia, y la realización de registros diarios, importancia en el recibo y entrega de la guardia. Long, M. (1998: 65).

Así también se define como el conocimiento pormenorizado e individual de la evaluación del cuidado del usuario con el fin de identificar la eficacia del plan de cuidados de enfermería proporcionado. Al iniciar y terminar su jornada de trabajo.

Con el objetivo de asegurar la continuidad del cuidado de enfermería, mantener informado a todo el personal de enfermería de lo acontecido al paciente durante el turno, analizar el estado del paciente y su evolución, mantener los registros e informaciones necesarias para cualquier fin administrativo y legal, informar acerca de la verificación y existencia de equipos, informar acerca de actividades especiales durante el turno, y satisfacer las necesidades objetivas y subjetivas del usuario.

Los **Registros** e informes administrativos, permiten la permanencia de la información para el control efectivo. Según Koontz y Weihrich (2009) “Los registros promueven la uniformidad de políticas, procedimientos y en algunos

casos pueden reducir costos” (p, 127). Es importante destacar que los registros permiten una documentación para efectos legales y administrativos, transformándose en un documento legal que respalde la actuación de enfermería en sus actividades diarias.

Según Alfaro L. Citado por Santibáñez L (1998), Opina que “una vez realizados los cuidados de enfermería y evaluadas las respuestas, el siguiente paso es anotar las valoraciones, intervenciones y respuestas” (p, 45). De igual manera Iyer T. (1997). Expresa que “la ejecución de intervenciones de enfermería deben ir seguidas de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en el proceso”. (p, 75), lo que permitirá informar acerca del estado de salud y los cuidados brindados al usuario, entre los diferentes tipos de registros que realiza la enfermera encontramos: hoja de evolución de enfermería, planes de atención, hojas de registros de tratamiento, hojas de balance hídrico, solicitud de medicamentos y material médico quirúrgico.

Acciones Ético – Legales

Todo profesional de enfermería debe tener respeto con los pacientes, un trato amable y ser responsable en el cumplimiento de las normas y reglas de la institución a su vez exhibiendo un comportamiento autónomo en el trabajo.

Según el diccionario de la Lengua Española Larousse define **Respeto** Acción o actitud de respetar. Otra definición es la consideración de que alguien o incluso algo tienen un valor por sí mismo.

El **Respeto** por las personas es el principal principio que exige que el paciente sea tratado como único pero con igualdad de derechos. Se considera que los profesionales de la salud están comprometidos a no causar daños y aún más prevenirlo y erradicarlo. Davis (1999).

Así también, la responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores costumbres y creencias espirituales de la persona familia y comunidad.

En esta investigación, el **Respeto** se define operacionalmente como el sentimiento que demuestra la ECD como persona y valorar su dignidad.

3.6.- Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado

En la práctica profesional de enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer y por lo tanto el foco de atención y objeto de enfermería, como disciplina profesional. Tales cuidados es el resultante de una acción profesional enmarcada en un contexto social y de salud determinado por el efecto de una relación de ayuda interpersonal e individualizada enfermera- paciente. La satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar, las intervenciones de los servicios sanitarios, pues nos proporcionan información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados.

Al referirse a la satisfacción del usuario es hablar de una apreciación binaria, no es posible medirla en niveles sino determinar su existencia o no. Según lo expuesto, la calidad de la atención se determina; como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente al máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de atención en todas sus partes.

La Satisfacción del Usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de

tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa. La satisfacción del paciente es consecuencia de una buena calidad de atención. Si sus expectativas son bajas o si tienen acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que este insatisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

La **Satisfacción del Usuario** según Corbella, (1990) se define como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”. (p, 397-9)

En este mismo orden, Maslow, A. (1991) afirma que el hombre tiene cinco categorías básicas de necesidades: fisiológicas, de seguridad, sociales, de estima y de autorrealización. Señala que estas necesidades forman una jerarquía de necesidades o escalera, y que cada una de ellas se activa solamente cuando la necesidad del nivel inmediato inferior está razonablemente satisfecha. Las necesidades humanas están distribuidas en una pirámide, dependen de importancia y la influencia que tengan en el comportamiento humano. En la base de la pirámide están las necesidades más elementales y recurrentes (denominadas necesidades primarias), en tanto que en la cima se encuentran las más sofisticadas y abstractas (las necesidades secundarias). (p, 350).

En esta investigación, **La Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado** se define operacionalmente como las expresiones de agrado o desagrado por parte del EOH en relación con el cuidado prestado por las enfermeras (os) de cuidado directo en cuanto a la Satisfacción de Necesidades Fisiológicas, Sociales y Estima, factores para estudiar la variable.

Necesidades Fisiológicas.

Estas necesidades constituyen el nivel más bajo de las necesidades humanas. Son las necesidades innatas, como las necesidades de alimentación (hambre, sed) sueño y reposo (cansancio) abrigo (contra el frío o calor), o en el deseo sexual (reproducción de la especie) también se denominan necesidades biológicas o básicas que exigen satisfacción cíclica y reiterada para garantizar la supervivencia del individuo.

Orientan la vida humana desde el nacimiento, además la vida humana es una búsqueda continua y constante de la satisfacción de estas necesidades elementales, pero inaplazables, monopolizan el comportamiento del recién nacido y predominan en el adulto, sobre las demás necesidades humanas, al no satisfacerla. Son las necesidades relacionadas con la subsistencia y existencia del individuo. Aunque son comunes a todos los individuos y requieren diferentes grados de satisfacción individual. Su principal característica es la premura, si alguna de ellas no puede satisfacerse, domina la dirección del comportamiento de las personas.

Según Riopello (1993) “beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de los tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.”(p. 14). De manera que, si bien antes se consideraba la nutrición o alimentación como una medida de apoyo poco prioritario en la vida del ser humano, cada vez reconoce más su importante papel como parte del tratamiento de los pacientes hospitalizados.

Cabe destacar, que la **Alimentación**, sea por sonda nasogástrica o motivando y apoyando al enfermo para que lo haga por sí solo, a través de la dieta que le proporciona el servicio de nutrición tres veces al día o cuando amerita en casos especiales. De ahí que, la (el) enfermera (o) preste cuidado a todos aquellos

pacientes hospitalizados que no pueden consumir la dieta por sí mismo, ya que para mantener o restaurar la salud del individuo debe consumir diariamente alimentos necesarios para mantener las funciones vitales del organismo.

En otras palabras, el soporte nutricional o alimentario, puede mejorar la función inmunitaria, la cicatrización de las heridas, la respuesta al tratamiento, el tiempo de recuperación y la supervivencia de la persona que la recibe en el tiempo indicado. Por lo tanto, la nutrición o alimentación diaria contribuye a mejorar los pronósticos de los pacientes hospitalizados.

Por lo tanto, se requiere que la (el) enfermera (o) que está a cargo del paciente con cualquier alteración de salud, este consciente que dieta específica sea la que le corresponde al enfermo. Por lo que es necesario como cuidador suministre una orientación o adiestramiento adecuado al enfermo, de manera que este pueda diariamente aceptar los alimentos que se le suministran por el departamento de Nutrición y Dietética.

En esta investigación las **Necesidades Fisiológicas** están referidas a las expresiones de agrado o desagrado cuando el paciente expresa a la ECD satisfacción de las necesidades de alimentación

Necesidades Sociales:

Una vez que las necesidades sociales de una persona están satisfechas, de acuerdo con Maslow, ya no motivan la conducta. Ahora las necesidades sociales se convierten en los motivadores activos de la conducta, necesidades como la afiliación, de dar y recibir afecto y de amistad. Operacionalmente están definidas como expresiones de agrado o desagrado del EOH, durante su interacción con la ECD por la comprensión, aceptación (empatía) de familiares y allegados.

Están relacionadas con la vida del individuo en sociedad, junto a otras personas. Son las necesidades de asociación, participación, aceptación por parte de los colegas, amistad, afecto y amor, Surgen en el comportamiento si las necesidades elementales (fisiológicas y de seguridad) y se hallan relativamente satisfechas, la persona se torna reacia, antagónica y hostil con las personas que las rodean. La frustración de estas necesidades conduce, generalmente a la desadaptación social y la soledad. La necesidad de dar y recibir afecto es un motivador importante del comportamiento humano al aplicar la administración participativa.

Necesidades de Estima.

Las necesidades que se relacionan con la autoestima; son las necesidades de autoconfianza, de independencia, de logro, de confianza, y conocimiento. Las necesidades que se relacionan con la reputación de la persona, necesidades de estatus, de reconocimiento, de aprecio, del respeto ganado ante los compañeros.

Una de las grandes diferencias entre las necesidades del ego y las fisiológicas de seguridad y sociales es que las primeras pocas veces quedan satisfechas. Por lo tanto, de acuerdo con Maslow, las personas tienen un apetito constante por un mayor logro, mayor conocimiento y mayor reconocimiento. Sin

embargo como, las otras necesidades como la del ego solamente motivan el comportamiento una vez que las necesidades del nivel más bajo han quedado razonablemente satisfechas.

Las Necesidades de Estima definidas operacionalmente en este estudio como las expresiones de agrado o desagrado por parte del EOH por las actividades de cuidado proporcionadas por las enfermeras respetándole como persona, individualidad y la dignidad del paciente.

4.- Definición de Términos Básicos:

Equidad: Cualidad que consiste en dar cada uno lo que se merece en función de sus méritos o condiciones.

Desempeño: capacidad de una organización para alcanzar sus objetivos mediante el uso eficaz y eficiente de sus recursos. Chiavenato, I. (2004:31)

Dignidad se entiende como la gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse (Gracia, D. 1991).

Empatía: Capacidad para reconocer y, de alguna forma, compartir las emociones y los estados de la mente de los demás, y para entender el significado de la conducta de la otra persona. Es una cualidad fundamental para que la psicoterapia sea eficaz. Marroquín, (2008).

Necesidad: Estado interno que hace parecer ciertos resultados. Maslow, A. (1991)

5.- SISTEMA DE HIPOTESIS

5.1.- Hipótesis General.

Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en sus factores **Acciones Técnicas, Administrativas y Ética- Legales** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus factores **Necesidades Fisiológicas, Sociales, y de Estima** en el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”.

5.2._ Hipótesis Específicas.

- Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor **Acciones Técnicas** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor **Necesidades Fisiológicas.**
- Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor **Acciones Técnicas** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor **Necesidades sociales**
- Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor: **Acciones Técnicas** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor: **Necesidades de Estima.**
- Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor **Acciones Administrativas** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor **Necesidades Fisiológicas.**
- Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor **Acciones**

Administrativas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades **Sociales**.

- Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor **Acciones Administrativas** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor **Necesidades de Estima**.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor **Acciones Ético-legales** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor **Necesidades Fisiológicas**.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor **Acciones Ético-legales** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor **Necesidades Sociales**.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las enfermeras de Cuidado Directo en su factor **Acciones Ético-legales** y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor **Necesidades de Estima**.

6.-Sistema de Variables y su Operacionalización.

Variable: 1 Desempeño Laboral.

Definición Conceptual: Palomo, M. (2008). El Desempeño Laboral es la capacidad que tiene el empleado para desarrollar con efectividad y éxito el trabajo que se le asigne, debido a que los grupos actúan como agentes de socialización manteniendo una comunicación efectiva y superan las barreras que obstaculizan el trabajo en equipo.

Variable: 2 Satisfacción.

Definición Conceptual: Caminad, J. (2001), define la Satisfacción “como las percepciones subjetivas de las personas acompañadas de las expectativas previas que configuran la expresión de la calidad del servicio (p. 78).

Operacionalización de las variables

Variable 1. Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo

Definición operacional: Ejecución voluntaria por las (ECD) de acciones técnicas, administrativas y ético- legales dirigidas al Enfermo Oncológico Hospitalizado como parte de las metas de la organización.

Factores	Indicadores	Sub-indicadores	Ítems
Acciones Técnicas Ejecución voluntaria por las ECD de actividades de cuidados referidos al proceso de enfermería, procedimientos independientes, dependientes e interdependientes	Proceso de Enfermería Ejecución voluntaria por las ECD en actividades inherentes a la valoración, diagnostico, plan de cuidados, la ejecución y la evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifica las necesidades del paciente ✓ Registra las necesidades del paciente • Diagnostico <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establece por escrito problemas de los enfermos hospitalizados • Plan de cuidado. Elaborar plan de cuidado del paciente • Ejecución del plan de cuidado (poner en acción el plan de cuidados) • Evaluación de resultados del cuidado (determinar el grado en que se lograron los objetivos) 	1,2,3,4,5

	<p>Procedimientos Independientes Ejecución autónoma de actividades por las ECD relacionadas con la medición de signos vitales, y las medidas de higiene y confort</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medición diaria de los signos vitales. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pulso ✓ Respiración ✓ Temperatura ✓ Tensión Arterial. • Higiene y confort <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aseo diario ✓ Baño en cama ✓ Arreglo de la unidad ✓ Cambios de posición ✓ Cambios de apósitos y / o curas ✓ Deambulación 	<p>6, 7, 8,9, 10</p> <p>11, 12, 13, 14</p> <p>15,16, 17, 18,</p> <p>19</p>
	<p>Procedimientos Dependientes Ejecución de actividades colaborativas por las ECD relacionadas con la administración de tratamiento, oxigenoterapia y nebulizaciones, y administración de psicotrópicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de tratamiento por diferentes vías: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Parenteral ✓ Oral ✓ Intramuscular ✓ Subcutánea ✓ Endovenosa • Administración de Oxígeno • Administración de Nebulizaciones • Administración de Psicotrópicos 	<p>20, 21, 22,23, 24, 25, 26</p> <p>27</p> <p>28</p> <p>29</p>

	<p>Procedimientos Interdependientes</p> <p>Ejecución de actividades que realizan las ECD indicadas por otros profesionales de la salud relacionadas con la ejecución de estudios especiales y laboratorios e interconsultas participar en la revista medica</p>	<p>Ejecución de Exámenes Especiales y Laboratorio</p> <p>Participación en la Revista Medica</p> <p>Ejecución de Estudios Especiales Eco, Tac y Rx</p>	<p>30, 31, 32,</p> <p>33</p>
<p>Acciones Administrativas:</p> <p>Ejecución voluntaria por las ECD de actividades de cuidado indirecto tales como la entrega y recibo de guardia, y la realización de registros diarios</p>	<p>Orientar al Equipo</p> <p>Actividades que realiza la ECD sobre la importancia de registrar en el expediente clínico los registros diarios al igual que recibir y entrega de la guardia, orientar al enfermo, registro de los enfermos</p>	<p>Registros diarios</p> <p>Recibo y entrega de la guardia</p> <p>Registro de enfermos</p>	<p>34, 35, 36,37, 38, 39,</p> <p>39,40, 41, 42,</p> <p>43, 44, 45, 46, 47.</p>
<p>Acciones Ético – Legales: Actuación que exhibe la ECD en las actividades de cuidado aplicando valores y principios en consonancia con la ley, referidos al respeto al enfermo oncológico hospitalizado.</p>	<p>Respeto</p> <p>Sentimiento que demuestra la ECD al reconocer al EOH como persona y valorar su dignidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trato amable • Respuestas oportunas a los enfermos • Responsabilidad 	<p>48, 49, 50,</p> <p>51, 52.</p>

Variable 2. Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado.

Definición Operacional: Referido a las expresiones de agrado o desagrado por parte del (EOH) en relación con el cuidado prestado por las enfermeras (os) de cuidado directo en cuanto a la Satisfacción de Necesidades Fisiológicas, Sociales y Estima.

Factor	Indicadores	Sub-indicadores	Ítems
<p>Necesidades Fisiológicas: Referido a las expresiones de agrado o desagrado cuando el paciente expresa a la ECD satisfacción de las necesidades de alimentación</p>	<p>Alimentación. Expresiones de agrado por parte del EOH sobre el cuidado a las necesidades fisiológicas por parte de las ECD.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación por sonda • Alimentación artificial o Nutrición Parenteral • Alimentación Intravenosa • Alimentación por gastrostomía • Alimentación naso gástrica 	<p>1,2,3,4,5 6,7,8,9</p>
<p>Necesidades Sociales Expresión de agrado o desagrado del EOH, durante su interacción con la ECD por la comprensión, aceptación (empatía) de familiares y allegados.</p>	<p>Empatía. Expresiones demostradas por las ECD al EOH al comprender y compartir sentimientos al entender su comportamiento.</p>	<p>Dar y recibir afecto (amor, cariño, amistad, solidaridad)</p>	<p>10,11,12,13, 14</p>
<p>Necesidades de Estima Expresiones de agrado o desagrado por parte del EOH por las actividades de cuidado proporcionadas por las ECD respetándole como persona, individualidad y dignidad.</p>	<p>Respeto. Expresión de Sentimientos que demuestra la ECD al reconocer al EOH como persona y valorar su dignidad.</p>	<p>Respeto a la dignidad Respeto a la individualidad</p>	<p>15,16,17,18 19,20</p>

CAPITULO III

MARCO METODÓLOGICO

En este capítulo referido al marco metodológico, se describe el diseño y tipo de la investigación, la población y muestra, métodos y técnicas para recolectar la información, el procedimiento para la recolección de datos y las técnicas de tabulación y análisis de datos.

1._ Diseño y Tipo de Investigación.

Esta investigación está enmarcada en un enfoque cuantitativo, de corte transversal descriptivo correlacional. Palella S. (2006) indica: “La investigación cuantitativa requiere el uso de instrumento de investigación y comparación que proporcionan datos cuyo estudio necesita la aplicación de modelos matemáticos y estadísticos “(P, 48).

Al respecto, Canales, Alvarado y Pineda (2001), la investigación descriptiva se encuentra orientada a “... determinar “como es” o “como esta”, la situación de las variables que deben estudiarse en una población... la frecuencia con que ocurre un fenómeno... y en quienes, donde y cuando se está presentando...” (p. 118)

2.- Población y Muestra

Estará constituida por la totalidad de las enfermeras (os) de cuidado directo en la institución hospitalaria que en este caso son 106 profesionales de enfermería.

De acuerdo con Tamayo y Tamayo (2001), “La **Población** es la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de la población tienen unas características comunes, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación “. (p. 114). En atención con los señalamientos hechos por el autor se puede decir que la población, no es más que un grupo de personas que guardan relación o que tienen que ver con la institución de salud.

Asumiendo criterios universalmente aceptados y considerando la definición del autor anteriormente citado, la población sería un conjunto de individuos, objetos o medidas que poseen alguna característica observable de interés para una determinada investigación.

Muestra

De acuerdo con Arias (2006) expresa: “La muestra es un conjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (p.83), en tal sentido la muestra de la investigación estará conformada por el 25% de la población, por ser una población pequeña y de fácil acceso, es decir por veintisiete (27) enfermeras, con cargos de enfermeras I y II adscritas al Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”.

Según Sampieri, R, Collado C (2004), El cálculo para obtener la muestra sobre el estudio es la siguiente:

Formula 1

$$n' = \frac{S^2}{V^2}$$

Formula 2

$$n' = \frac{n'}{1+n'/N}$$

Para la variable Desempeño Laboral la muestra estuvo conformada por veintisiete (27) Enfermeras de Cuidado Directo que represento un veinticinco por ciento (25%) de la población, y para la variable Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado lo conformaron veinte (20) pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados áreas de hospitalización, de ahí que el carácter de representatividad de la muestra este asociado a diversos factores: tales como lo expresa Busot (2009), “Uno de los factores que se deben considerar para calcular el tamaño apropiado de la muestra, es la variedad de las características en la población cuando esta es muy homogénea bastaran unos pocos casos” (p. 119.) De acuerdo a lo establecido por Ary y otros (1992), quien a propósito del tamaño de la muestra señala “Algunas veces se recomienda seleccionar de un 10% a un 40% de la población accesible”. (p. 342).

Tamayo y Tamayo (2001), definen la muestra como “el principio de que las partes o subconjuntos representan un todo y por lo tanto reflejan las características que definen la población de la cual fue extraída, lo cual indica que es representativa” (p. 213)

3._ Procedimiento para la Recolección de Datos

La investigadora aplico los instrumento, en el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” en la Ciudad de Valencia a las enfermeras de cuidado directo y a los usuarios (as). Los instrumentos aplicados representan el elemento fundamental para la recopilación de información pertinente a la investigación. En relación a los aspectos éticos de la investigación, se envió una comunicación

escrita a la Dirección Médica del Hospital y a la Dirección de Enfermería de la institución para informar sobre la investigación y solicitar autorización y colaboración en la ejecución del estudio. Se aplicó una prueba piloto a una muestra de cinco (05) pacientes que acudieron a la consulta de RTX. Con respecto a las (os) pacientes se les aplicó un instrumento, previo al estudio se les solicitó su consentimiento informado; para participar voluntariamente en el estudio, asegurando confidencialidad y anonimato de la información.

4._ Métodos y Técnicas para la Recolección de la Investigación

Según Méndez, C. (1997) los métodos y técnicas de recolección de datos hacen referencia a la manera en la cual se recaudara la información, esto implicaría necesariamente la consideración de "... la manera como se establecerá la relación del investigador con lo observado y los consultados..." (p, 16) Para esta investigación se elaboró un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario basado en la revisión bibliográfica con respecto a las variables. Desempeño Laboral de las enfermeras (os) de Cuidado Directo en sus factores: Acciones Técnicas, Administrativas y Ético- Legales sobre la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus factores: Necesidades Fisiológicas, Sociales y de Estima.

Del instrumento para recolectar la información se utilizó una guía de observación directa no participante y estructurada en dos partes una primera parte contiene datos socio laborales referidos al sexo, edad, preparación académica, cargo que desempeña área o unidad donde laboran, antigüedad en el servicio, y estatus laboral referido a la primera variable Desempeño Laboral de las (os) enfermeras (os) de cuidado directo conformado por cincuenta y dos (52) ítems, donde a cada profesional de enfermería se le realizaron tres observaciones, cada

uno con un Sí y No; es de hacer notar que el instrumento a ser utilizado para medir la variable Desempeño Laboral de las (ECD), fue elaborado y validado por expertos a objeto de ser aplicado en una investigación institucional de este estado. En relación al segundo cuestionario referido a la segunda variable Satisfacción del (EOH) estructurado en dos partes una primera parte contiene datos socios demográficos referidos al sexo, edad, preparación académica, la segunda parte conformada por veinte (20) ítems, con tres (3) alternativas de la escala de Likert para medir los niveles de satisfacción del (EOH).

Los instrumentos representan el elemento fundamental para la recopilación de información pertinente a la investigación diseñados con la finalidad de alcanzar los objetivos del estudio.

5.- Validez y Confiabilidad del Instrumento.

Validez

Tamayo y Tamayo (1999), consideran que validar es “determinar cualitativa y /o cuantitativamente un dato”. (p, 124). Según Lares (1997), la validez de un instrumento se “refiere a la correspondencia existente entre las variables que el instrumento pretende medir y lo que realmente mide” (p, 26.) permitiendo este criterio al investigador determinara hasta qué punto la información observada y recolectada servirá para esclarecer los elementos presentes en el problema de la investigación planteada.

En relación a esta definición para validar el instrumento de satisfacción del enfermo oncológico hospitalizado se sometió a juicio de expertos, con la participación de personas de claro dominio del tema en estudio, y de metodología, quienes dieran su opinión sobre la elaboración de cada pregunta para el logro de los objetivos propuestos determinando así si es o no apto para ser aplicado.

De igual manera, se realizó una prueba piloto tomando como muestra cinco (5) pacientes hospitalizados en la institución hospitalaria donde se realizó la investigación, escogidos al azar, a objeto de medir la tendencia para proporcionar información inicial que facilitara la ejecución de técnicas estadísticas, y posteriormente se analizaron los resultados a través de la prueba estadísticas, y posteriormente se analizaron los resultados a través de la prueba de Cron Bach (Alfa) con el fin de darle la confiabilidad al instrumento de la variable: Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus factores: Necesidades Fisiológicas, Sociales y de Estima.

Confiabilidad

Según Hernández (2003) “La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento a las mismas unidades de estudio sean idénticas las condiciones y produzca iguales resultados” (p, 243).

El termino confiabilidad se refiere a la capacidad del instrumento para arrojar datos o mediciones que corresponden a la realidad que se pretende conocer, ósea, la exactitud de la medición, así como a la consistencia o estabilidad. El instrumento utilizado para medir la variable Desempeño Laboral de las enfermeras de cuidado directo, se sometió a una prueba de validez de contenido por juicios de expertos a objeto de ser aplicado en una investigación institucional del estado Carabobo. Para medir la satisfacción del enfermo oncológico hospitalizado, el instrumento fue sometido a la confiabilidad obteniendo un índice de consistencia de 0,82 Alfa de Cron Bach, lo cual indica que es confiable.

6.- Técnicas de Tabulación y Análisis de Datos

Según Balestrini, M. (2001) refiere que para introducir los métodos estadísticos en el análisis de datos; se elegirá el instrumento de medición más apropiado, en función de los aspectos que han de medirse en cada una de las variables consideradas (p. 186). Una vez aplicado el instrumento de recolección de datos, se procedió a agrupar los ítems según los factores e indicadores que identifican la variable de tal manera que las tablas y gráficos quedaran representados por las variables a objeto de estudio y los objetivos planteados. Para el análisis se tomaran en cuenta los porcentajes obtenidos según las frecuencias relativas y luego se relacionan con las bases teóricas que sustentan esta investigación.

Al tomar en cuenta que la investigación es inferencial y de campo, las técnicas de análisis que se utilizaron fueron la estadística descriptiva e inferencial utilizando el coeficiente de variación de la t de student. Los datos fueron analizados con el programa de paquete estadístico SPSS versión 19,0 para Windows, así mismo la codificación y análisis estadístico se hizo mediante la estadísticas descriptivas, media y desviación estándar y coeficiente de variación, para establecer si existían diferencias significativas entre los factores e indicadores de las variables estudiadas.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación así mismo análisis estadístico e interpretación de la información relacionada con las dos variables del estudio y su vinculación con los enfoques teóricos.

1. Presentación de los resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación.

Para tal propósito los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 19, o para ambiente Windows. Por ello se realizó el procesamiento de la información, comenzando por mostrar en tablas de frecuencia las características socio laborales de las veintisiete enfermeras de cuidado directo (ECD) y las de tipo sociodemográfico de los veinte pacientes. Con respecto a los factores y variables, las relaciones establecidas son de acuerdo a los objetivos específicos y se muestran en tablas de asociación.

A las enfermeras (os) estudiadas les fue observado en tres oportunidades cada acción investigada, de tal manera que si realizaban bien la acción enunciada en cada ítems de la guía de observación, se le daba un punto, por lo que lo máximo a obtener por ítem era tres puntos. Para el factor ACCIONES TÉCNICAS, que consta de treinta y tres ítems, el total de la máxima puntuación sería la suma de todos los tres puntos posibles, que da noventa y nueve puntos. Esta máxima puntuación puede interpretarse que las ACCIONES TÉCNICAS que corresponde a este factor se cumplen en un 100%. Siguiendo este razonamiento, si un miembro de las ECD logró alcanzar 64 puntos, su porcentaje de desempeño será 64,6%. De considerar a las veintisiete (27) enfermeras, el porcentaje global del desempeño será el promedio porcentual. Este procedimiento se empleó igualmente para los

otros dos factores (ACCIONES ADMINISTRATIVAS Y ACCIONES ÉTICAS LEGALES) y para la variable DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO, cumplimiento de acciones claro está que tomando en consideración el número de ítems de cada factor y de las variables. Los resultados de las observaciones expresadas en porcentaje de cumplimiento, se muestran en una tabla de asociación.

Para las respuestas de los pacientes se obtuvo el valor medio de cumplimiento y de satisfacción, partiendo de las escalas (observación y satisfacción) aplicadas a los factores y variables. Según el valor promedio obtenido, en cada factor y variable, fueron agrupados en tres categorías de niveles de cumplimiento (BAJO, MEDIO y ALTO) y de satisfacción (BAJA, MEDIA y ALTA).

Los resultados de las relaciones establecidas se muestran en tablas de asociación, donde se cruzaron los factores y variables en estudio de acuerdo a los tres niveles

Para complementar el análisis de la información presentada, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, para medir la fuerza de la asociación, el cual se computó con los valores medios obtenidos y no con las categorías establecidas. El nivel de significación que se fijó es de menos de 5% ($P < 0,05$), para la comprobación de la relación significativa o no. La información presentada, según lo explicado anteriormente, se expresa también en gráficas estadísticas correspondientes a cada tipo de información.

2.-Análisis e Interpretación de los resultados

2.1- Características de la Muestra

TABLA N°. 1

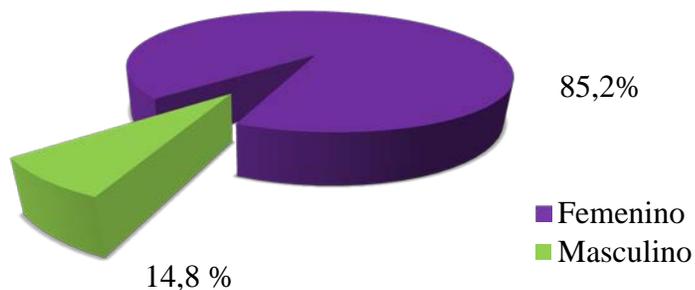
Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según **Sexo**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Valencia Abril 2016.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	23	85,2
Masculino	4	14,8
TOTAL	27	100,00

Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

GRAFICO N°. 1

Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo. Según el **Sexo**. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. Valencia. Estado Carabobo. Abril.2016.



Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar 2016)

En la tabla y grafico N° 1 Se observa que un 85,2 % de las enfermeras investigadas son del sexo femenino, el resto se ubicó en 14,8 % el sexo masculino. Los resultados obtenidos revelan que el índice mayor en la distribución de las (os) enfermeras (os) investigadas correspondió al sexo femenino, lo que demuestra que la carrera de Enfermería es una profesión que sigue siendo ejercida considerablemente por mujeres.

TABLA N° 2

Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según la **Edad**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo. Abril.2016

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
26 a 30 años	9	33,3 %
31 a 35 años	3	11,2%
36 a 40 años	5	18,5%
41 años o mas	10	37,0 %
TOTAL	27	100,00

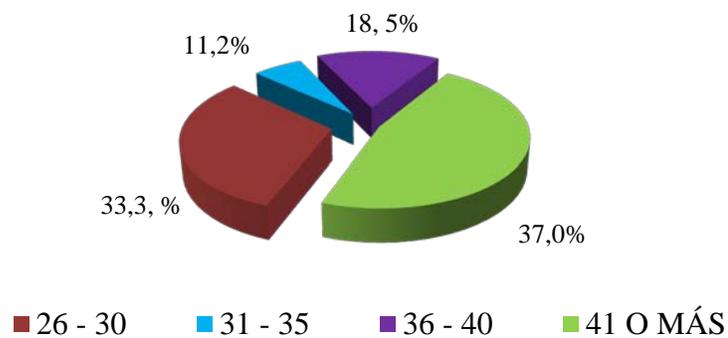
Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

GRAFICO N° 2

Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según la **Edad**.

Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”.

Valencia. Estado Carabobo. Abril. 2016



Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafico N° 2 Se observa que el grupo mayoritario fue el de 41 años o más con representación de 37, 0 % mientras que los de 26 a 30 años representan el 33,3 % de las enfermeras luego aparecen los de 36 a 40 años con un 18, 5% y los de 31 a 35 años fueron el 11,2% del grupo investigado. Con respecto a la distribución de las (os) enfermeras investigadas según la edad, se observa que la mayoría de los encuestadas oscilo entre 41 años o más, (37,0%) por lo que se puede deducir que el grupo mayoritario se encuentra en edad adulto joven, lo que hace presumir que son un grupo etario productivo, que se encuentran en condiciones de asumir grandes y variados retos profesionales.

TABLA N° 3

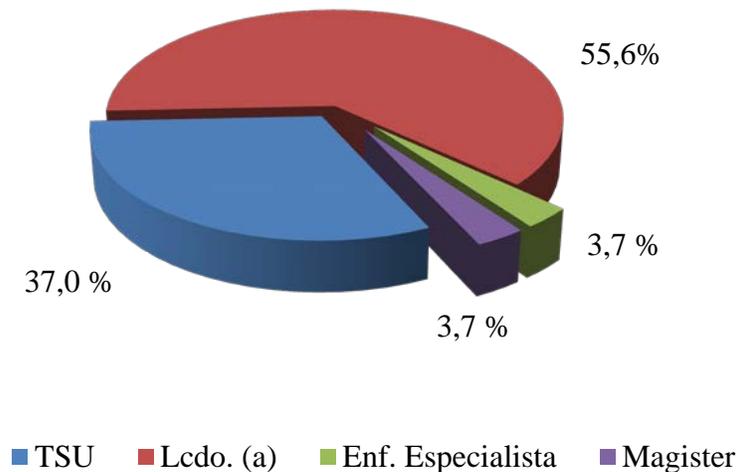
Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según Preparación Académica. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo Abril.2016

Preparación Académica	Frecuencia	Porcentaje %
TSU	10	37,0 %
Lcdo. (a)	15	55,6 %
Enfermera Especialista	1	3,7 %
Magister	1	3,7 %
TOTAL	27	100,00

Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

GRAFICO N° 3

Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según Preparación Académica. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo Abril.2016



Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafico N° 3 se observa que un 55,6 % del personal de Enfermería tienen un nivel académico de licenciadas, un 37,0 % TSU y solo el 3,7 % poseen un título de Especialista y Magíster en esta profesión. Los resultados arriba expuestos señalan que las enfermeras estudiadas, poseen un nivel académico profesional Licenciada al ser 55,2 % en lo que se puede interpretar como una fortaleza el hecho que la responsabilidad por el cuidado a los Enfermos Oncológicos Hospitalizados es asumida por Licenciados (as) en Enfermería.

TABLA N° 4

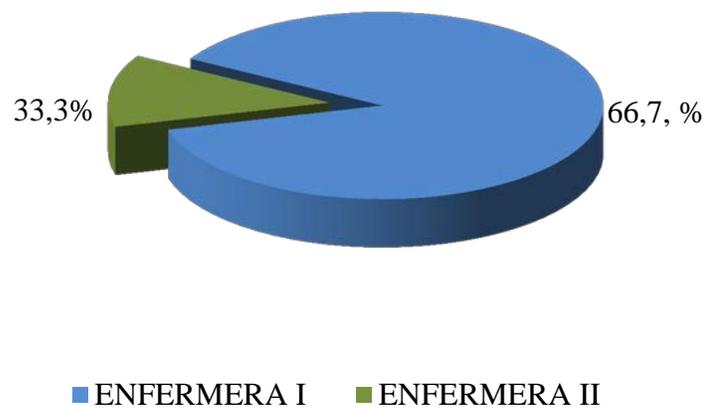
Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según el **Cargo**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo Abril. 2016

Cargo	Frecuencia	Porcentaje %
Enfermera I	18	66,7%
Enfermera II	9	33,3%
TOTAL	27	100,00

Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

GRAFICO N° 4

Distribución de las Enfermeras del Cuidado Directo Según **Cargo**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo Abril. 2016.



Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafico N°4 se observa que un 66,7% del personal de enfermería tenía el cargo de Enfermera I, seguido de un 33,3% de enfermeras II. Los resultados arriba expuestos señalan que las enfermeras estudiadas predominó el de enfermera I con un 66,7 % lo que se puede interpretar que según los datos reflejan la situación nacional del desempeño de enfermería, el hecho de que la responsabilidad por el cuidado a enfermos está en manos del técnico superior en enfermería, lo cual no incide en el desempeño porque ambos grupos realizan las mismas actividades de cuidado directo.

TABLA N° 5

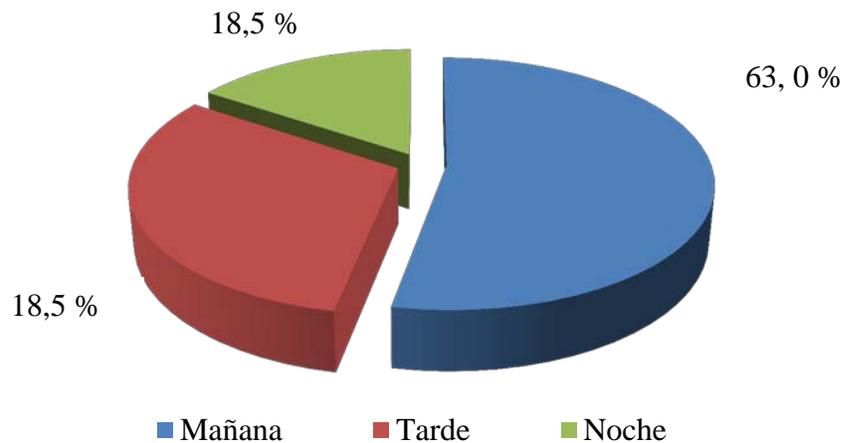
Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según el **Turno**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño.” Valencia. Estado Carabobo Abril. 2016

Turno	Frecuencia	Porcentaje %
Mañana	17	63, 0%
Tarde	5	18, 5%
Noche	5	18, 5%
TOTAL	27	100,00

Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

GRAFICO N° 5

Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según el **Turno**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo Abril. 2016



Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafico N° 5 se observa que un 63, 0 % del personal de enfermería de cuidado directo pertenece al turno de la mañana, seguido de 18, 5 % del turno de la tarde y con un 18,5 % para el personal de la noche. Los resultados arriba expuestos se puede observar que en el turno de la mañana es donde se concentra el mayor número de profesionales, lo que se puede interpretar como una fortaleza el hecho que la responsabilidad por el cuidado a los enfermos hospitalizados está concentrada en el turno de la mañana.

TABLA N°. 6

Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según **Área o Unidad donde Labora**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo. Abril. 2016

Turno	Frecuencia	Porcentaje %
Hospitalización	27	100%
TOTAL	27	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2015)

GRAFICO N°. 6

Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según **Área o unidad donde labora**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo. Abril. 2016



Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafico N° 6 se observa que un 100% del personal de enfermería labora en las áreas de hospitalización. Los resultados obtenidos revelan que el personal de enfermería que predominó para la presente investigación se encuentra laborando en las áreas de hospitalización, lo que se puede interpretar como una fortaleza el hecho que la responsabilidad por el cuidado a enfermos está en el personal de estas áreas de hospitalización.

TABLA N° 7

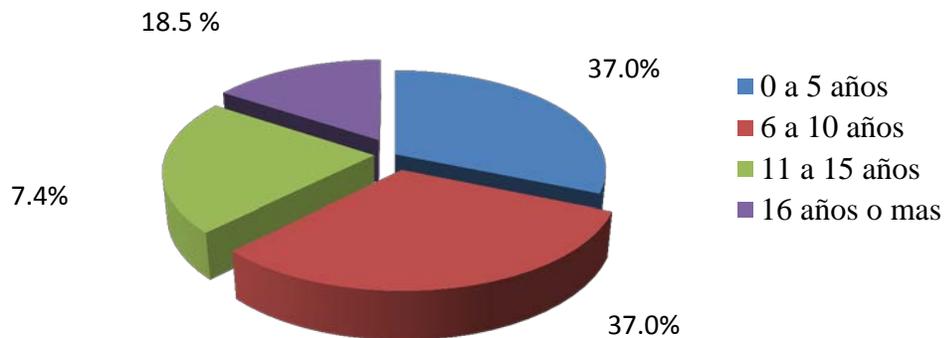
Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según **Antigüedad en la Institución**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo Abril. 2016

Antigüedad en la Institución	Frecuencia	Porcentaje %
0 a 5 años	10	37,0 %
6 a 10 años	10	37,0 %
11 a 15 años	2	7,4%
16 años o mas	5	18,5%
TOTAL	27	100,00

Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

GRAFICO N° 7

Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según **Antigüedad en la Institución**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo. Abril. 2016



Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafico N° 7 se observa que un 37,0 % del personal de enfermería tiene de 0 a 5 años, e igual que porcentualmente las que poseen de 6 a 10 años, seguido de un 7,4 % de 11 a 15 años y de 16 años o más con un 18,5%. Los resultados obtenidos revelan que la antigüedad que predomino en el instituto fue de 0 - 5 años y 6 -10 años con un (37,0 %) lo que representa experiencia suficiente para emitir opinión sobre la variable en estudio.

TABLA N° 8

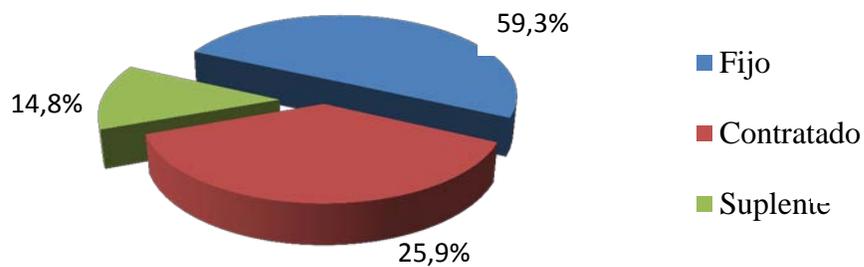
Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según **Estatus Laboral**.
Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo
Abril. 2016

Estatus Laboral	Frecuencia	Porcentaje %
Fijo	16	59,3 %
Contratado	7	25,9%
Suplente	4	14,8 %
TOTAL	27	100,00

Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

GRAFICO N° 8

Distribución de las Enfermeras de Cuidado Directo según Estatus **Laboral**.
Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo.
Abril.2016



Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafico N° 8 se observa que un 50% del personal de enfermería según el estatus laboral, es fijo con un 59,3% contratado 25,9% y del personal suplente 14,8%. Los resultados obtenidos revelan que el estatus laboral que predominó para la presente investigación fue el personal de enfermería fijo, (59,3 %) lo que se puede interpretar como una fortaleza el hecho que la responsabilidad por el cuidado a enfermos está en manos del personal fijo.

TABLA N° 9

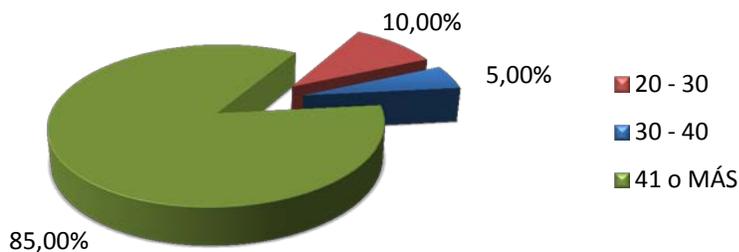
Distribución del Enfermo según **Edad**. Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño Valencia. Estado Carabobo. Abril. 2016

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje%
20 – 30	2	10%
31 - 40	1	5%
41 o mas	17	85%
TOTAL	20	100,00

Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

GRAFICO N° 9

Distribución del Enfermo Oncologico Hospitalizado Según **Edad** Instituto Oncológico "Dr. Miguel Pérez Carreño" Valencia, Estado Carabobo. Abril. 2016.



Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafico N° 9 se observa que la edad de 41 años o más del grupo de pacientes investigado fue mayoritaria el 85% de los pacientes investigados habiendo solo dos pacientes entre 20- 30 años para un 10% y solo uno 5% entre 31 – 40 años. Los resultados arriba expuestos revelan que el mayor porcentaje encuestado estuvo conformado por el grupo de edad comprendido de 41 años y más, lo que hace presumir que el grupo mayoritario se encuentra en edad productiva.

TABLA N° 10

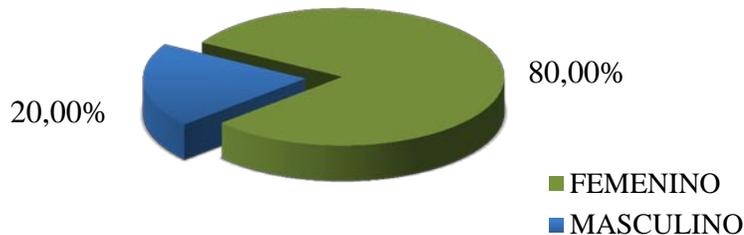
Distribución del Enfermo Oncológico Hospitalizado Según **Sexo**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Valencia. Estado Carabobo. Abril. 2016.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	16	80,00
Masculino	4	20,00
TOTAL	20	100,00

Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

GRAFICO N° 10

Distribución del Enfermo Oncológico Hospitalizado Según **Sexo**. Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Valencia, Estado Carabobo. Abril.



Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafico N° 10 del grupo de pacientes investigado predominó el sexo femenino con un 80% dejando solo el 20% para el sexo masculino. Como se puede observar, el índice mayor en la distribución de los pacientes investigados correspondió al sexo femenino con un 80,0%, lo que representa que son las mujeres las más vulnerables a padecer o sufrir Cáncer de Cuello Uterino, y Cáncer de Mamas.

TABLA N° 11

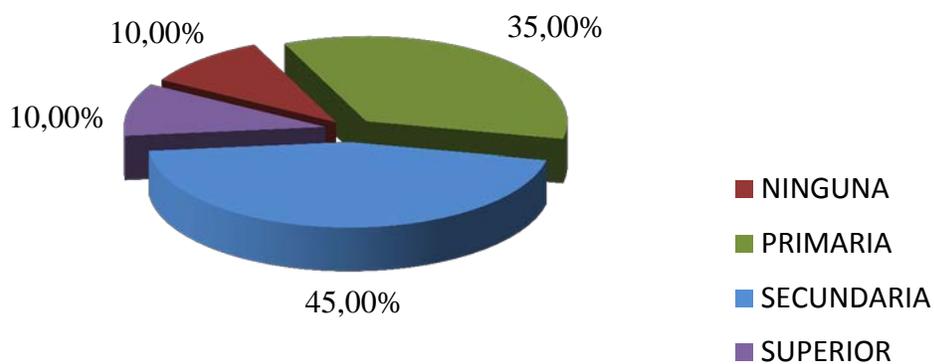
Distribución del Enfermo según Preparación **Académica**. Instituto Oncológico "Dr. Miguel Pérez Carreño. Valencia. Estado Carabobo Abril. 2016.

Preparación Académica	Frecuencia	Porcentaje %
Ninguna	2	10%
Primaria	7	35%
Secundaria	9	45%
Superior	2	10%
TOTAL	20	100,00

Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

GRAFICO N° 11

Distribución del Enfermo Según **Preparación Académica** Instituto Oncológico "Dr. Miguel Pérez Carreño" Valencia, Estado Carabobo. Abril. 2016.



Fuente: Instrumento Aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafico N° 11 se observa que un 45% del grupo de pacientes investigados predomino el que poseen un nivel de preparación académica secundaria, seguido con un 35% nivel primaria el 10% no tiene ninguna preparación, al igual que el nivel superior. Los resultados arriba expuestos señalan que el nivel de preparación de los pacientes investigados predomino el nivel de secundaria (45%). Por lo que los datos obtenidos hacen inferir que los elementos muestrales poseen formación mínima requerida, para la validez de la información suministrada.

TABLA N° 12

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS SEGÚN LAS ACCIONES QUE CONFORMAN EL DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS) DE CUIDADO DIRECTO

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016.**

ACCIONES (ÍTEMS*)	OBSERVACIÓN (DESEMPEÑO)						TOTAL	
	PRIMERA		SEGUNDA		TERCERA		TOTAL	
	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)
TÉCNICAS (33)	30,6	69,7	39,4	60,6	36,2	63,8	35,4	64,6
ADMINISTRATIVAS (14)	7,4	92,6	7,5	92,5	7,9	92,1	7,6	92,4
ÉTICO - LEGALES (5)	86,8	13,2	84,3	15,7	85,1	14,9	85,4	14,6

* Porcentaje del número de acciones observadas con base al número de ítems relacionados con el cumplimiento realizado

Fuente: instrumento aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafica N° 12 referido a las observaciones según ocasión y el porcentual de las Acciones que conforman el Desempeño Laboral de las ECD se evidencia que de las tres acciones que debe desempeñar el grupo de enfermeras observadas, la de mayor cumplimiento porcentual fue la denominada ACCIONES ÉTICO LEGALES que muestra un porcentaje de realización de 85,4%, luego de las tres observaciones. En segundo lugar corresponde a las ACCIONES TECNICAS con 35,4% y, finaliza, con un porcentaje muy bajo de cumplimiento ACCIONES ADMINISTRATIVAS con solo un 7,6%. Los resultados generados en esta investigación evidencian el respeto de las ECD por el enfermo, proporcionándole un trato amable e individualizado, exhibiendo un comportamiento autónomo en su desempeño donde el enfermo percibe el respeto a

su dignidad como persona. De modo que la satisfacción del enfermo estará determinada por el respeto a su persona cuando la enfermera actúa con sensatez respetando sus limitaciones, su privacidad y su autonomía.

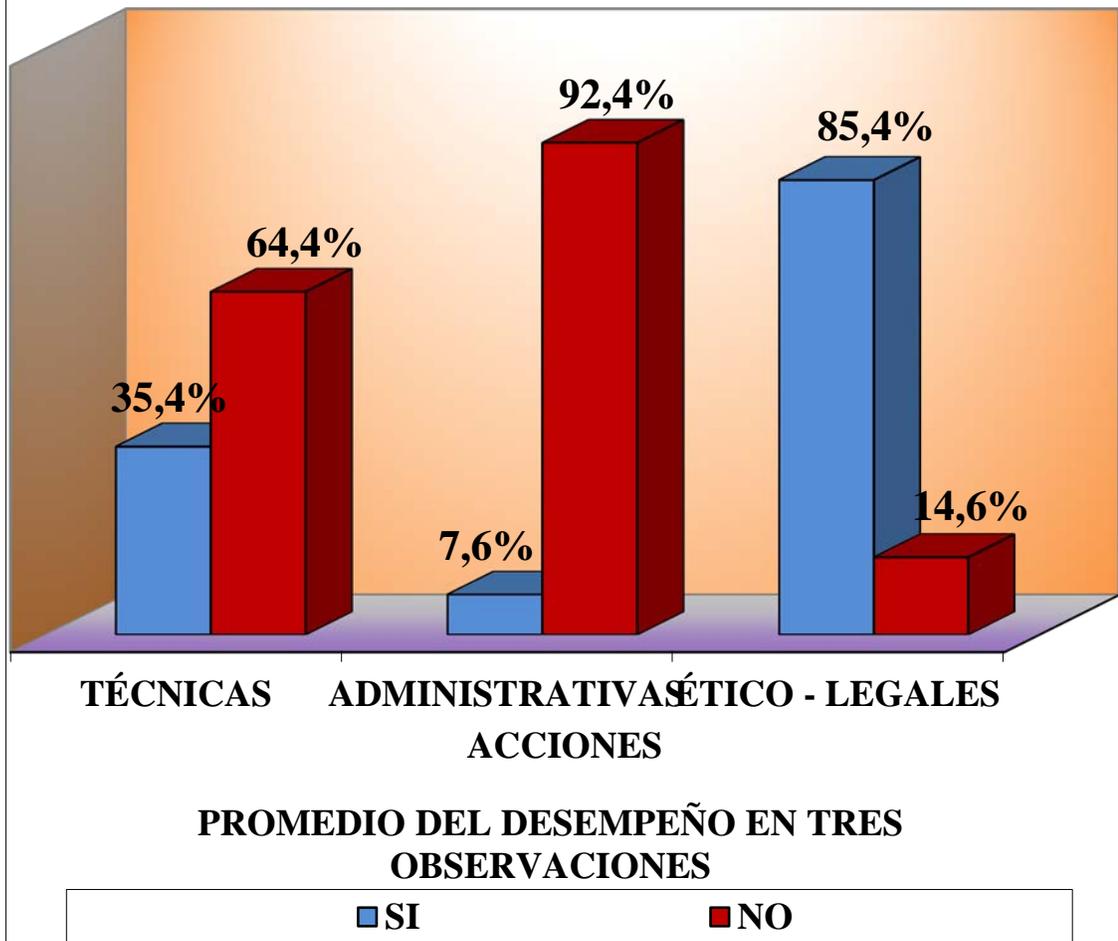
Interpretación de los resultados.

Los resultados presentados muestran que a medida que las ECD muestran respeto hacia el EOH a través de un trato amable e individualizado incide de manera directa en las acciones del cuidado del enfermo hospitalizado. Sustenta este planteamiento lo expresado por Davis (1999) donde el respeto por las personas es el principal principio que exige que el paciente sea tratado como único, pero con igualdad de derechos. Se considera que los profesionales de la salud están comprometidos a no causar daños y aún más prevenirlo y erradicarlo. La enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores costumbres o creencias espirituales de la persona familia y comunidad.

GRÁFICO N° 12

DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y LA SATISFACCIÓN DEL ENFERMO ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO

CUMPLIMIENTO PORCENTUAL PROMEDIO DE TRES



PROMEDIO DEL DESEMPEÑO EN TRES OBSERVACIONES



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SALAZAR, 2016)

Hipótesis Específica N° 1

Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor Acciones Técnicas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Fisiológicas.

TABLA N° 13

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES TÉCNICAS CUMPLIDAS POR ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS

**INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016.**

<i>DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES TÉCNICAS (DAT)</i>	<i>NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJO	4 (57,1)	3 (42,9)	0 (0,0)	7 (35,0)
MEDIO	0 (0,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (25,0)
ALTO	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)	8 (40,0)
TOTAL	4 (20,0)	6 (30,0)	10 (50,0)	20 (100,0)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales coeficiente de correlación de Pearson = + 0,528 (p < 0,02) significativo

Fuente: Instrumento aplicado (Salazar, 2016)

En la Tabla y Grafico N° 13 se observa que la mayoría de las enfermeras de cuidado directo investigadas, según las respuestas de los veinte enfermos, las mismas fueron ubicados sobre su DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES TÉCNICAS (DAT) en el nivel ALTO con representación del 40,0% de los enfermos investigados; sigue el nivel BAJO del (DAT) con 35,0% y, por último el

nivel MEDIO con un 25,0% de los enfermos. En relación a la SATISFACCIÓN DEL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO en sus NECESIDADES FISIOLÓGICAS (SENF), predomina el nivel ALTO, pues así lo manifestaron a través de sus respuestas consolidadas el 50,0% de ellos, siendo para el MEDIO el 30,0% y en el nivel BAJO el 20,0% de los investigados.

Al observar la relación entre la consideración de los enfermos sobre los niveles de DAT del grupo de enfermería y de su SATISFACCIÓN por el cuidado de enfermería recibido, se determinó, como se puede observar en la Tabla N 13, que el DAT en el nivel de BAJO, predomina también el nivel BAJA de SENF con un 57,1%, dándose el restante 42,9% para el nivel MEDIA de SENF.

En el nivel MEDIO de DAT, hubo 60,0% de nivel MEDIA de SENF y 40,0% de ALTA SENF.

Por su parte, el 100% de los pacientes en el nivel ALTO de (DAT), expresaron un nivel de ALTA SENF.

Como se puede apreciar, hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores, un predominio porcentual creciente en las casillas BAJO – BAJA, MEDIO – MEDIA y ALTO y ALTA, que corresponde a DAT y SENF, con valores respectivos de 57,1%, 60,0% y 100,0%. Por consiguiente, en este grupo de enfermos se halló una relación entre el DAT del grupo de enfermería y la SENF, estableciendo que a un mayor nivel del DAT un mayor nivel de SENF. Por otra parte, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores de DAT y SENF, aporta un valor igual a + 0,528, con un nivel de significación de $P < 0,02$, corroborando el análisis anterior de los resultados.

Interpretación de los resultados

En tal sentido los resultados evidencian un predominio en la SEOH en un nivel del 100% en el DAT por parte de las ECD. Esta relación de mayores niveles DAT mayor nivel de satisfacción en EOH pudiera explicarse por cuanto el tipo de paciente atendido en la institución amerita la presencia del familiar por lo que la enfermera delega en este algunos cuidados básicos relacionados con higiene y confort fundamentalmente y suministro de comida entre otras en las que pueda satisfacer sus necesidades.

Por cuanto la enfermera es la responsable del cuidado del enfermo, centra sus acciones en el cuidado técnico el cual contempla la realización de procedimientos y Técnicas establecidas por los organismos de salud, por constituir el origen de la enfermería como una labor técnica del cuidado

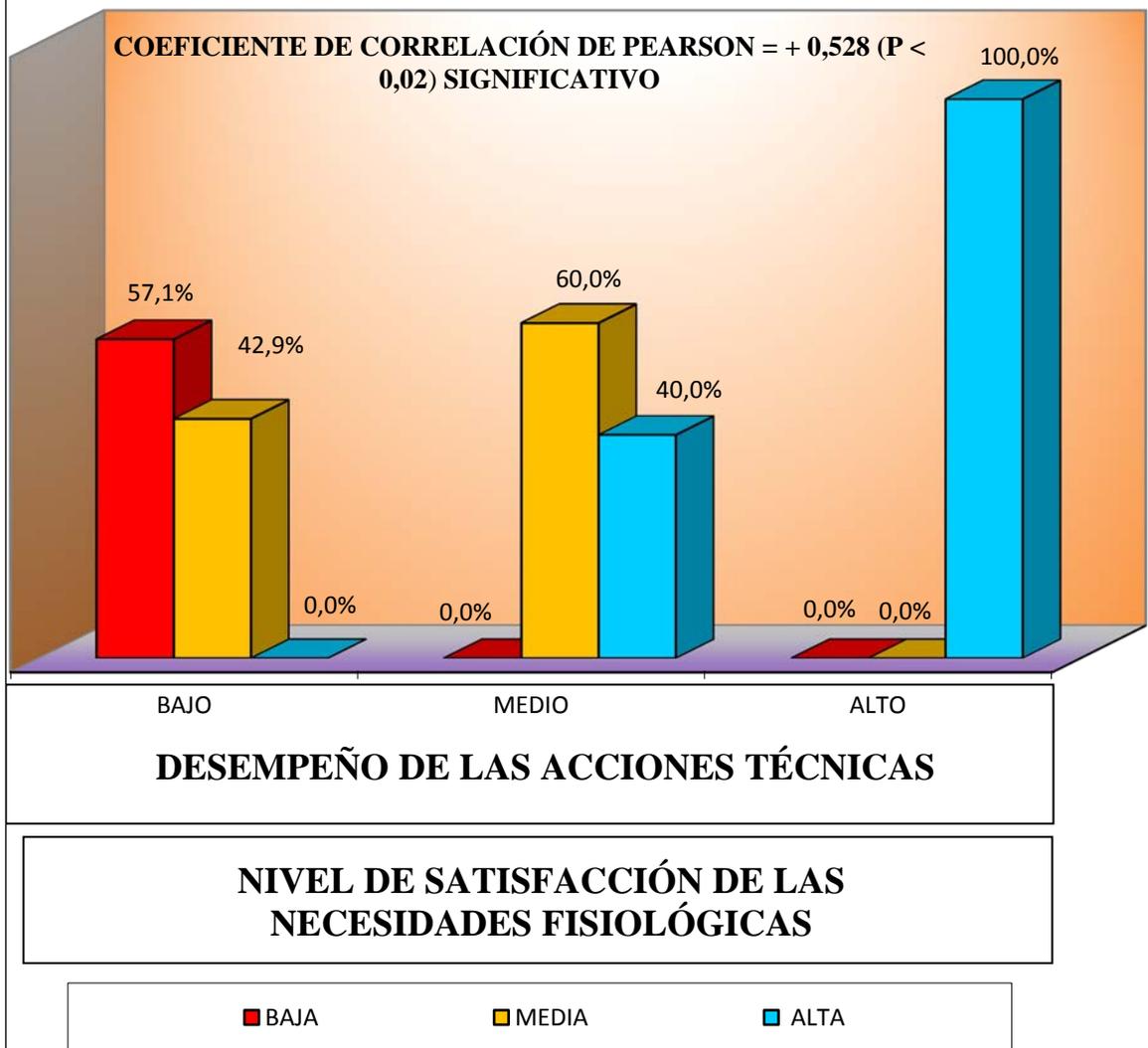
Estos resultados se sustentan teóricamente con lo planteado con Waldow (1998) quien resalta que la dimensión técnica del cuidado es la que más se observa en el desempeño de las enfermeras es la que se exige y se evalúa.

Es así como se confirma la Hipótesis Especifica N°1 la cual expresa que existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor Acciones Técnicas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Fisiológicas.

GRÁFICO N° 13

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES TÉCNICAS CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DECUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016**



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SALAZAR, 2016)

2.2- Hipótesis Específica N° 2

Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor Acciones Técnicas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Sociales.

TABLA N° 14

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES TÉCNICAS CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES SOCIALES

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016.**

<i>DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES TÉCNICAS (DAT)</i>	<i>NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES SOCIALES</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJO	2 (28,6)	4 (57,1)	1 (14,3)	7 (35,0)
MEDIO	3 (60,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	5 (25,0)
ALTO	1 (12,5)	0 (0,0)	7 (87,5)	8 (40,0)
TOTAL	6 (30,0)	6 (30,0)	8 (40,0)	20 (100,0)

* Porcentajes internos en relación a subtotaes horizontales.

Coefficiente de correlación de Pearson = + 0,444 (p < 0,05) significativo

Fuente: instrumento aplicado (Salazar, 2016)

De acuerdo a lo presentado en la Tabla y Grafico N° 14 se observa que la mayoría de los veinte enfermos, optaron por el nivel ALTO de SATISFACCIÓN de las NECESIDADES SOCIALES (SENS) en un 40,0%, mientras que 30,0% por igual se ubicaron en los niveles MEDIO y BAJO.

Al observar la relación entre la opinión de los enfermos sobre los niveles de DAT del grupo de enfermería y de su SATISFACCIÓN, se determinó, como se puede observar en la Tabla N 14, que en el DAT en el nivel BAJO, predomina el nivel MEDIO de SENS con un 57,1%, dándose el 28,6% para el nivel BAJA y 14,3% ALTA de SENS.

En el nivel MEDIO de DAT, hubo 60,0% de nivel BAJA de SENS y 40,0% de MEDIA SENS.

Por su parte, el 87,5% de los enfermos en el nivel ALTO del DAT, expresaron un nivel ALTA SENS y un 12,5% en BAJA.

En función de lo anterior, hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores, un predominio porcentual creciente en las casillas BAJO – BAJA, MEDIO – MEDIA y ALTO y ALTA, que corresponde a DAT y SENS, con valores respectivos de 28,6%, 40,0% y 87,5%. Por consiguiente, en este grupo de pacientes se halló una relación entre el DAT del grupo de enfermería y la SENS, estableciendo que a un mayor nivel del DAT se acompañará una mayor SENS. Además, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores de DAT y SENS, aporta un valor igual a + 0,444, con un nivel de significación de $P < 0,05$, reafirmando el análisis anterior de los resultados. Por lo tanto, existe una relación significativa entre los niveles de DAT y de la SENS.

Interpretación de los resultados

Los resultados expresados en la tabla N^a 14 ubicaron al 40, 0 % de las ECD en un nivel alto de DAT así como también igual a los niveles de SENS.

Es de hacer notar que cuando cambio la visión de los cuidados de enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debería adquirir una visión más profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o

de gestionar la limpieza del área de permanencia del usuario, estar ahí con el otro, compartir sus sentimientos y emociones.

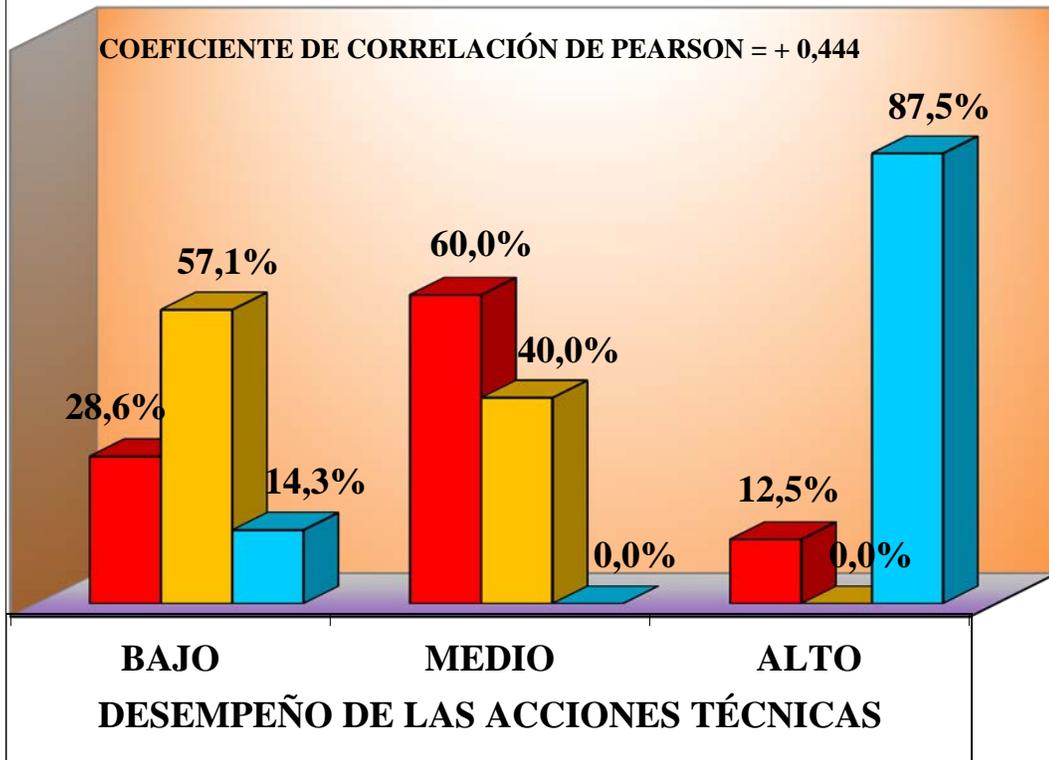
Por lo tanto, se confirma la Hipótesis Especifica N° 2 la cual expresa que existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor Acciones Técnicas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Sociales.

GRÁFICO N° 14

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES TÉCNICAS CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES SOCIALES

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016**

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,444



NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES SOCIALES

■ BAJA

■ MEDIA

■ ALTA

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SALAZAR, 2016)

Hipótesis Específica N°3

Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor: Acciones Técnicas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor: Necesidades de Estima.

TABLA N° 15

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES TÉCNICAS CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES DE ESTIMA

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016.**

<i>DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES TÉCNICAS</i>	<i>NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ESTIMA</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJO	0 (0,0)	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (35,0)
MEDIO	2 (40,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	5 (25,0)
ALTO	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50,0)	8 (40,0)
TOTAL	3 (15,0)	9 (45,0)	8 (40,0)	20 (100,0)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales.

Coefficiente de correlación de Pearson = + 0,469 (p < 0,04) significativo

Fuente: instrumento aplicado (Salazar, 2016)

En la Tabla y Grafico N° 15 se observa que el 45,0% de los veinte enfermos, respondieron en mayoría en el nivel MEDIA de SATISFACCIÓN de las NECESIDADES de ESTIMA (SENE), siendo el 40.0% para el nivel de ALTA y 15,0% en el nivel de SENE.

Al observar la relación entre la opinión de los enfermos sobre los niveles de DAT del grupo de enfermería y de su SATISFACCIÓN, se estableció, como se puede observar en la Tabla N 15, que en el DAT en el nivel BAJO, predomina el nivel MEDIA de SENE con un 71,4%, quedándose el 28,6% para el nivel de ALTA SENE.

En el nivel MEDIO del DAT, hubo 40,0% por igual para los niveles de BAJA y ALTA SENE y 20,0% para MEDIA de SENE.

El 50,0% de los enfermos en el nivel ALTO del DAT, expresaron un nivel ALTA de SENE, mientras que se dio un 37,5% para el nivel MEDIA y 12,5% para ALTA.

Dado lo expuesto, se da una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores, un predominio porcentual creciente en las casillas BAJO – BAJA, MEDIO – MEDIA y ALTO y ALTA, que corresponde a DAT y SENE, con valores respectivos de 0,0%, 20,0% y 50,0%. Por consiguiente, en este grupo de enfermos se halló una relación entre el DAT del grupo de enfermería y la SENE, dándose que a un mayor nivel del DAT se acompañará una mayor SENE. Además, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores de DAT y SENS, aporta un valor igual a + 0,469, con un nivel de significación de $P < 0,04$, por lo tanto el análisis anterior de los resultados confirma existe una relación significativa entre los niveles de DAT y de la SENE.

Interpretación de los resultados

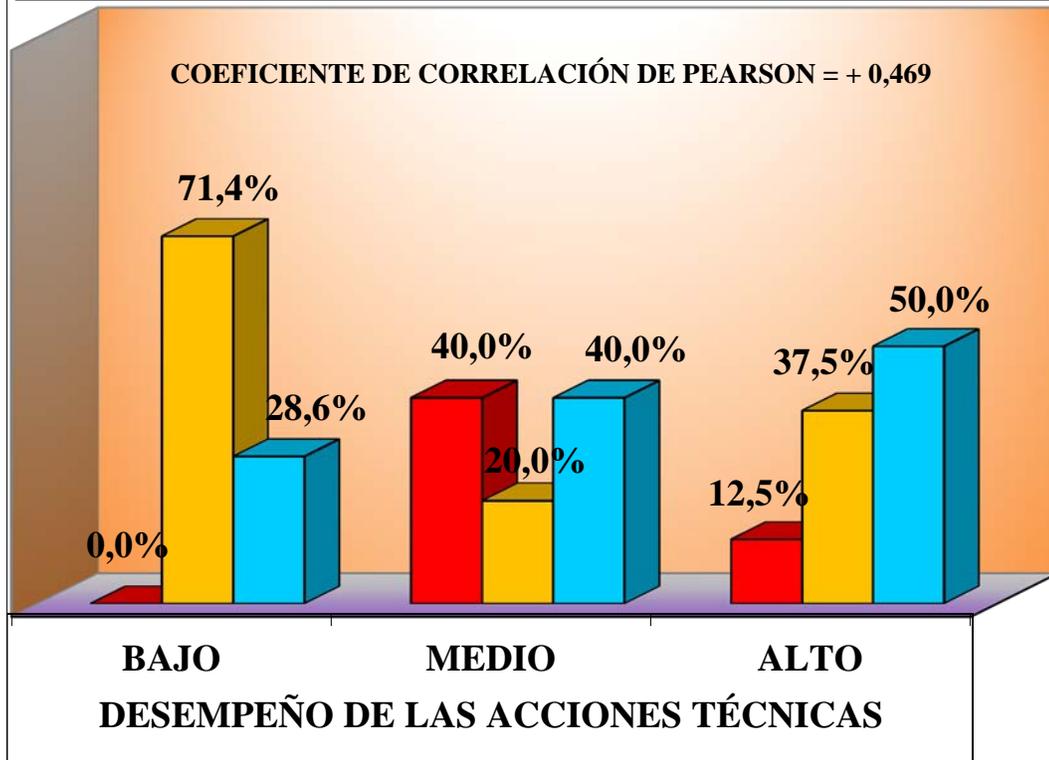
Los resultados aquí presentados muestran que el 50% de los EOH la relación encontrada entre los altos niveles de DAT y la SEOH por las Necesidades de Estima. Es de hacer notar que las acciones técnicas a cumplir por parte de la ECD son aquellas que generan en el enfermo necesidades de autoconfianza, independencia, de logro, de confianza y conocimiento. El enfermo espera un trato amable y respetuoso de la enfermera, coherente con lo planteado por Betinelli

(1998) quien expresa que el cuidado de enfermería solidario es aquel en que las relaciones contribuyen al restablecimiento de la salud, es decir, ser un profesional ideal. Por lo tanto, se confirma la Hipótesis Especifica N° 3 la cual expresa que existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor Acciones Técnicas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades de Estima.

GRÁFICO N° 15

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES TÉCNICAS CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES DE ESTIMA

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016**



NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ESTIMA

■ BAJA ■ MEDIA ■ ALTA

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SALAZAR, 2016)

Hipótesis Específica N°4

Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor Acciones Administrativas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Fisiológicas.

TABLA N° 16

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016.**

<i>DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS (DAA)</i>	<i>NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJO	3 (33,3)	1 (11,1)	5 (55,5)	9 (45,0)
MEDIO	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	6 (30,0)
ALTO	0 (0,0)	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (25,0)
TOTAL	4 (20,0)	6 (30,0)	10 (50,0)	20 (100,0)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales.

Coefficiente de correlación de Pearson = + 0,451 (p < 0,05) significativo

Fuente: instrumento aplicado (Salazar, 2016)

En la Tabla y Grafico N°16 representa la mayoría de las Enfermeras de Cuidado Directo investigadas, según las respuestas de los veinte enfermos, tuvieron un DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS (DAA) en el nivel BAJO con representación del 40,5% de los enfermos investigados;

sigue el nivel MEDIO del desempeño de DAA con 30,0% y, por último el nivel BAJO con un 25,0% de los enfermos.

Al considerar la relación entre la opinión de los enfermos sobre los niveles del DAA del grupo de enfermería y de su SATISFACCIÓN, se determinó, como se puede observar en la Tabla N°16, que en el DAA en el nivel de BAJO, predomina el nivel de ALTA de SENF con un 55,5%, siendo 11,1% para el nivel de MEDIA y 33,3% de nivel de BAJA para SENF.

En el nivel MEDIO del DAA, hubo 66,7% de nivel MEDIA de SENF y 16,7% por igual para los niveles de BAJA y ALTA de SENF.

Para el nivel ALTO de DAA, el 80,0% coincidió su expresión con un nivel de ALTA SENF y el 20,0% en el nivel MEDIO.

Es fácil detectar que aparece una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores, un predominio porcentual creciente en las casillas BAJO – BAJA, MEDIO – MEDIA y ALTO y ALTA, que corresponde a DAA y SENF, con valores respectivos de 33,3%, 66,7% y 80,0%. Por consiguiente, en este grupo de pacientes se halló una relación entre el DAA del grupo de enfermería y la SENF, estableciendo que a un mayor nivel del DAA se producirá una mayor SENF. Además, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores de DAA y SENF, aparece con valor igual a + 0,451, con un nivel de significación de $P < 0,05$, lo que comprueba el resultado anterior de los resultados.

Interpretación de los resultados

Tal como puede observarse en la tabla N° 16, la relación entre la opinión de los EOH sobre los niveles de DAA de las ECD y la SEOH se determinó en el DAA en el nivel BAJO, predomina el nivel ALTA en la SEOH. Estos resultados coinciden con lo que ocurre en la realidad que el desempeño las ECD corresponde en primer lugar con el cumplimiento de las acciones técnicas y en segundo lugar

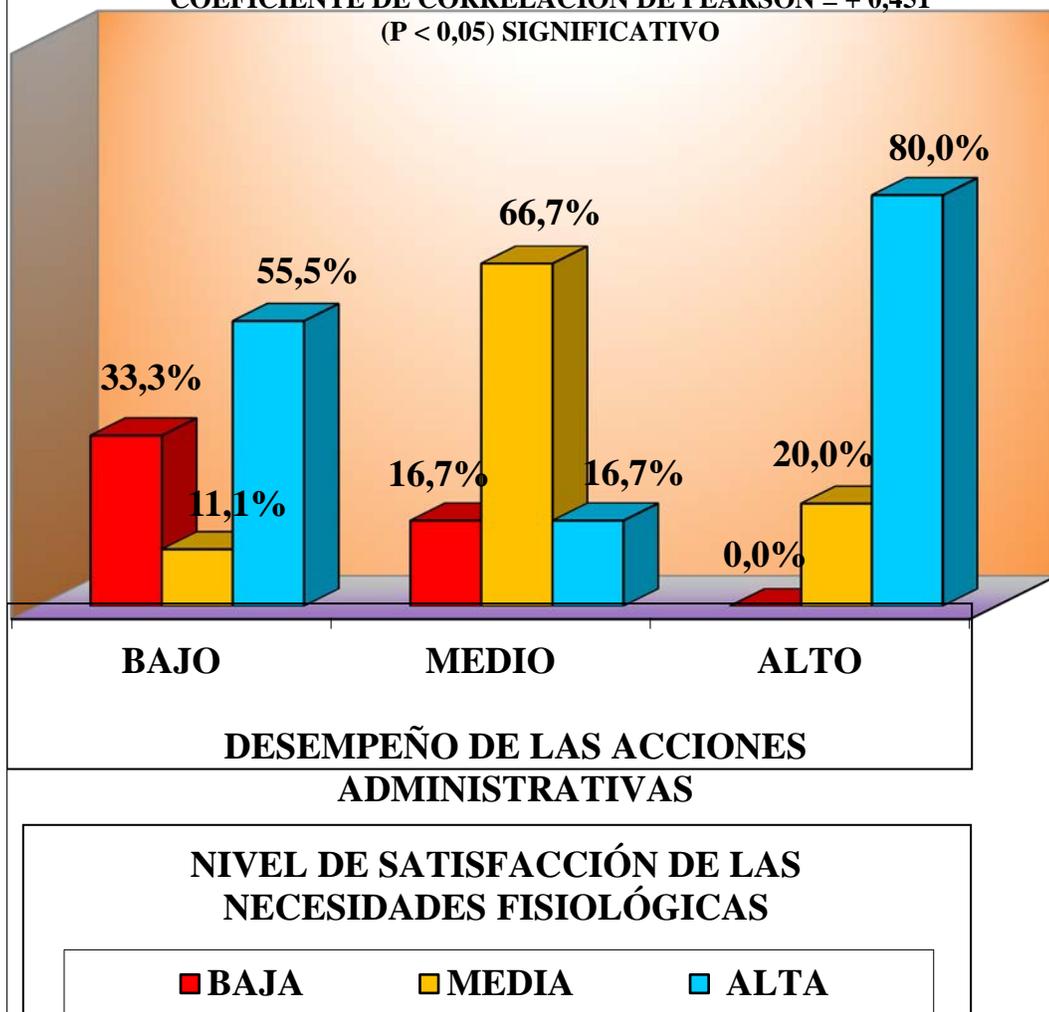
con las acciones administrativas destacado lo que señala Waldow (2000) que las acciones de cuidado directo como las acciones administrativas consolidan las acciones de cuidado directo con las acciones técnicas tienen efecto en la Satisfacción del Enfermo Oncológico, así también aquellas actividades administrativas que son exigidas en el cuidado, relacionadas con los registros clínicos y la alimentación al enfermo excepto la alimentación parenteral la cual pasa a ser responsabilidad de la enfermera. Por lo tanto, se confirma la Hipótesis Especifica N° 4 la cual expresa que existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor Acciones Administrativas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Fisiológicas.

GRÁFICO N^o 16

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS

INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,451
(P < 0,05) SIGNIFICATIVO



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SALAZAR, 2016)

Hipótesis Específica N° 5

Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor Acciones Administrativas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Sociales.

TABLA N° 17

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES SOCIALES

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016.**

<i>DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS (DAA)</i>	<i>NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES SOCIALES</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJO	4 (44,4)	3 (33,3)	2 (22,2)	9 (45,0)
MEDIO	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	6 (30,0)
ALTO	1 (20,0)	0 (0,0)	4 (80,0)	5 (25,0)
TOTAL	6 (30,0)	6 (30,0)	8 (40,0)	20 (100,0)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación de Pearson = + 0,492 (p < 0,03) Significativo

Fuente: instrumento aplicado (Salazar, 2016)

En la tabla y grafica N°17 al observar la relación entre la opinión de los enfermos sobre los niveles de DAA del grupo de enfermería y de su SATISFACCIÓN, se determinó, como se puede observar en la Tabla N 17, que en

el DAA en el nivel BAJO, predomina el nivel BAJO de SENS con un 44,4%, quedando un el 33,3% para el nivel de MEDIA y 22,2% de ALTA de SENS.

En el nivel MEDIO de DAA, hubo 50,0% de nivel MEDIA de SENS, 33,3% par ALTA y 16,6% de BAJA en SENS.

Por su parte, en el nivel ALTO del DAA, el 80,0% de los enfermos opinaron en el nivel ALTO de SENS, y el restante 20,0% en BAJA SENS.

En función de lo anterior, se tiende a establecer en la relación de ambos factores, un predominio porcentual creciente en las casillas BAJO – BAJA, MEDIO – MEDIA y ALTO y ALTA, que corresponde a DAA y SENS, con valores respectivos de 44,4%, 50,0% y 80,0%. Por consiguiente, en este grupo de enfermos se halló una relación entre el DAA del grupo de enfermería y la SENS, estableciendo que a un mayor nivel del DAA se genera una mayor SENS. Así mismo, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores de DAA y SENS, aporta un valor igual a + 0,492, con un nivel de significación de $P < 0,03$, reafirmando el análisis anterior de los resultados. Por lo tanto, existe una relación significativa entre los niveles de DAA y de la SENS.

Interpretación de los resultados

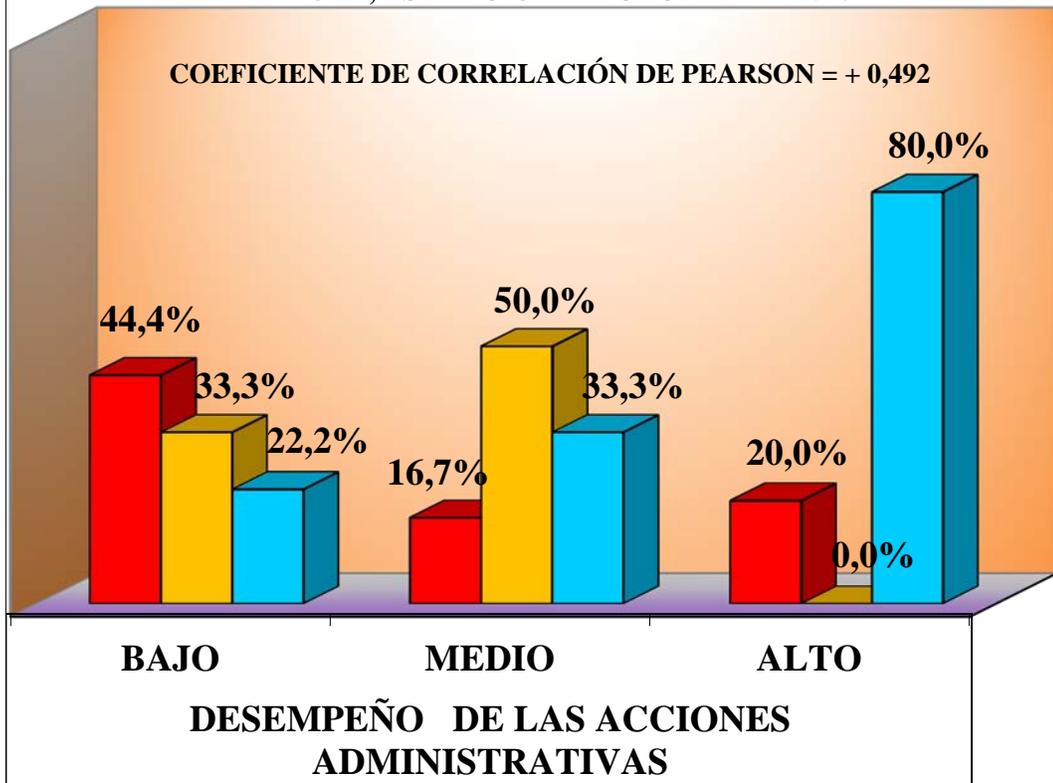
Los resultados arriba expresados confirman la Hipótesis Especifica N° 5 la cual expresa que existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor Acciones Administrativas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Sociales.

GRÁFICO N° 17

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES SOCIALES

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016**

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,492



NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES SOCIALES

■ BAJA

■ MEDIA

■ ALTA

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SALAZAR, 2016)

Hipótesis Específica N° 6

Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor Acciones Administrativas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades de Estima.

TABLA N° 18

DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS SEGÚN DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES DE ESTIMA

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016.**

<i>DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS</i>	<i>NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ESTIMA</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJO	2 (22,2)	4 (44,4)	3 (33,3)	9 (45,0)
MEDIO	0 (0,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (30,0)
ALTO	1 (20,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	5 (25,0)
TOTAL	3 (15,0)	9 (45,0)	8 (40,0)	20 (100,0)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación de Pearson = + 0,355 ($p < 0,12$) No significativo

Fuente: instrumento aplicado (Salazar, 2016)

En la Tabla y Grafica N°18 al observar la relación entre lo que dijeron los enfermos sobre los niveles de DAA del grupo de enfermería y de su SATISFACCIÓN, se estableció, como se puede observar en la Tabla N 18, que en

el DAA en el nivel BAJO, predomina el nivel de MEDIA de SENE con un 44,4%, siendo el 22,2% para el nivel BAJA SENE y el resto 33,3% para ALTA.

En el nivel MEDIO de DAA, hubo 66,7% para el nivel MEDIA y para ALTA de SENE el 33,3%.

El 60,0% de los enfermos en el nivel ALTO de DAA, expresaron 60,0% en el nivel de ALTA SENE, mientras que se dio un 20,0% por igual para los dos restantes niveles de SENE. De acuerdo a lo expuesto, se produjo una tendencia, a establecer en la relación de ambos factores, un predominio porcentual creciente en las casillas BAJO – BAJA y MEDIO – MEDIA, para disminuir luego en la conjunción ALTO y ALTA, que corresponde a DAA y SENE, con valores respectivos de 22,2%, 66,7% y 60,0%. Por consiguiente, en este grupo de enfermos no se halló una relación total entre el DAA del grupo de enfermería y la SENE, dándose solo parcialmente que a un mayor nivel del DAA se acompañará una mayor SENE pero no en todos los niveles que concuerden. Es así, y por ello el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores de DAA y SENS, aportan un valor igual a + 0,355, con un nivel de significación mayor al 5% ($P < 0,12$), por lo tanto el análisis anterior de los resultados confirma existe una relación no significativa entre los niveles de DAA y de la SENE.

Interpretación de los resultados

Los resultados aquí presentados expresan que No hubo una relación estadísticamente significativa entre el DAA del grupo de enfermería y la SENE en el EOH, dándose solo parcialmente que a un mayor nivel del DAA se acompañará una mayor SENE pero no en todos los niveles que concuerden, lo cual hace presumir que los indicadores utilizados para la medición de ambas variables no tenían una pertenencia natural, Por lo tanto, se rechaza la hipótesis específica N° 6 la cual expresa que existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor Acciones

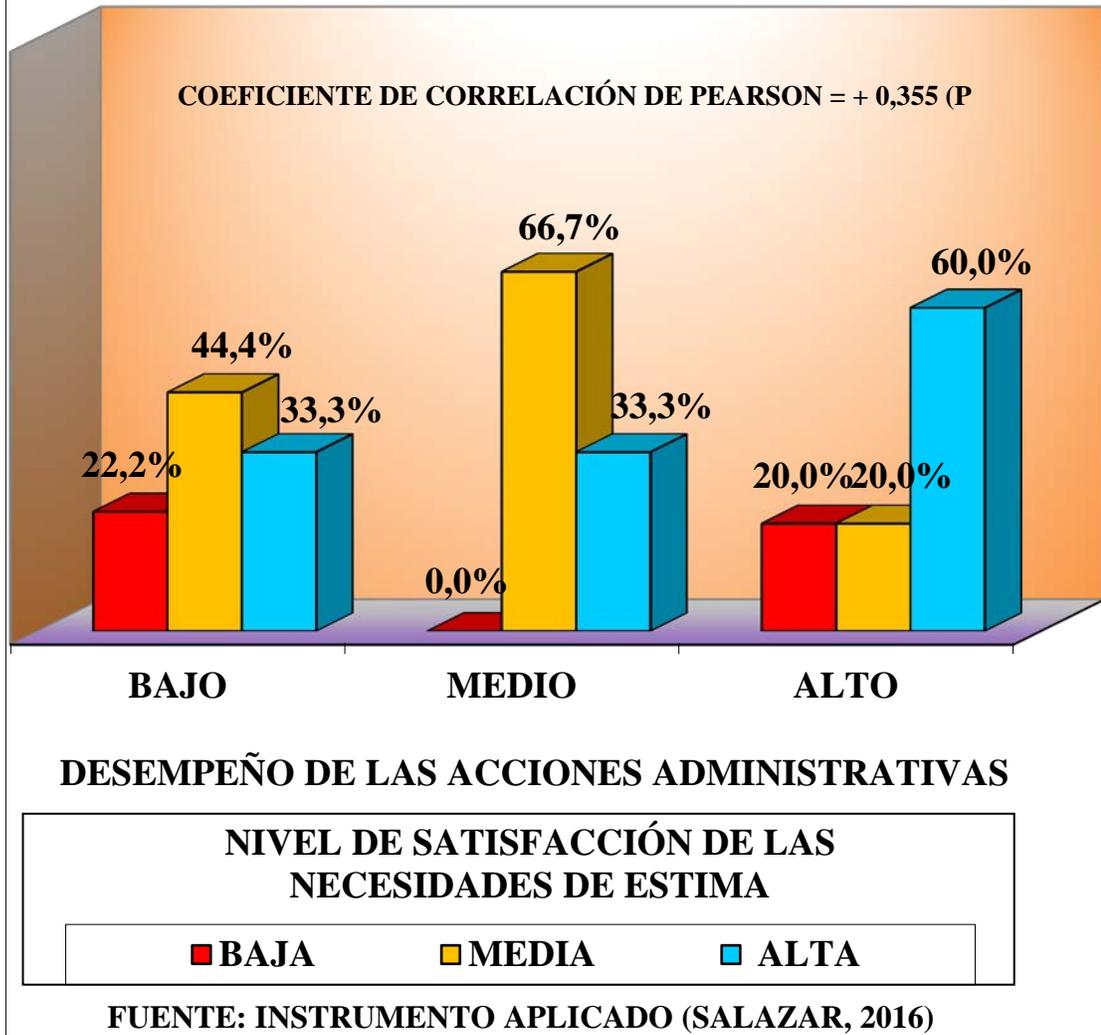
Administrativas y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades de Estima.

GRÁFICO N° 18

DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS SEGÚN EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES DE ESTIMA

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016**

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,355 (P)



Hipótesis Específica N° 7

Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor Acciones Ético _legales y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Fisiológicas.

TABLA N° 19

DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS SEGÚN DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ÉTICO - LEGALES CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016.**

<i>DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ÉTICO – LEGALES (DAEL)</i>	<i>NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJO	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	3 (15,0)
MEDIO	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	4 (20,0)
ALTO	1 (7,7)	2 (15,4)	10 (76,9)	13 (65,0)
TOTAL	4 (20,0)	6 (30,0)	10 (50,0)	20 (100,0)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación de Pearson = + 0,521 (p < 0,02) significativo

Fuente: instrumento aplicado (Salazar, 2016)

En la Tabla y Grafica N°19 se observa un 65,0% del personal de enfermería investigado, de acuerdo a las respuestas de los veinte enfermos, fue ubicado en relación a su DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ÉTICO – LEGALES (DAEL)

en el nivel ALTO, dando un 20,0% para el nivel MEDIA de SENF y un 15,0% en el nivel de BAJA SENF.

Al fijarse la atención en la relación que se produce al consideración la opinión de los enfermos sobre los niveles de DAEL del grupo de enfermería y de su SATISFACCIÓN, se precisó, como se puede observar en la Tabla N 19, que en el DAEL en el nivel de BAJO, predomina también el nivel BAJA de SENF con un 66,7%, quedando ubicado el restante 33,3% para el nivel MEDIA de SENF.

En el nivel MEDIO de DAEL, hubo 75,0% de nivel MEDIA de SENF y 25,0% de BAJA SENF.

El grupo de pacientes en el nivel ALTO de DAEL, un 76,9% expresó un nivel de ALTA de SENF, mientras que el 15,4% fue para el nivel de MEDIA de SENF y solo el 7,7% para BAJA SENF.

Se puede apreciar que hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores, un predominio porcentual creciente en las casillas BAJO – BAJA, MEDIO – MEDIA y ALTO y ALTA, que corresponde a DAEL y SENF, con valores respectivos de 66,7%, 75,0% y 76,9%. Por consiguiente, se encontró una relación entre el DAEL del grupo de enfermería y la SENF, a un mayor nivel del DAEL se dará una mayor SENF. Además, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores de DAEL y SENF, dio un valor igual a + 0,521, con un nivel de significación de $P < 0,02$, reafirmando el análisis anterior de los resultados.

Interpretación de los resultados

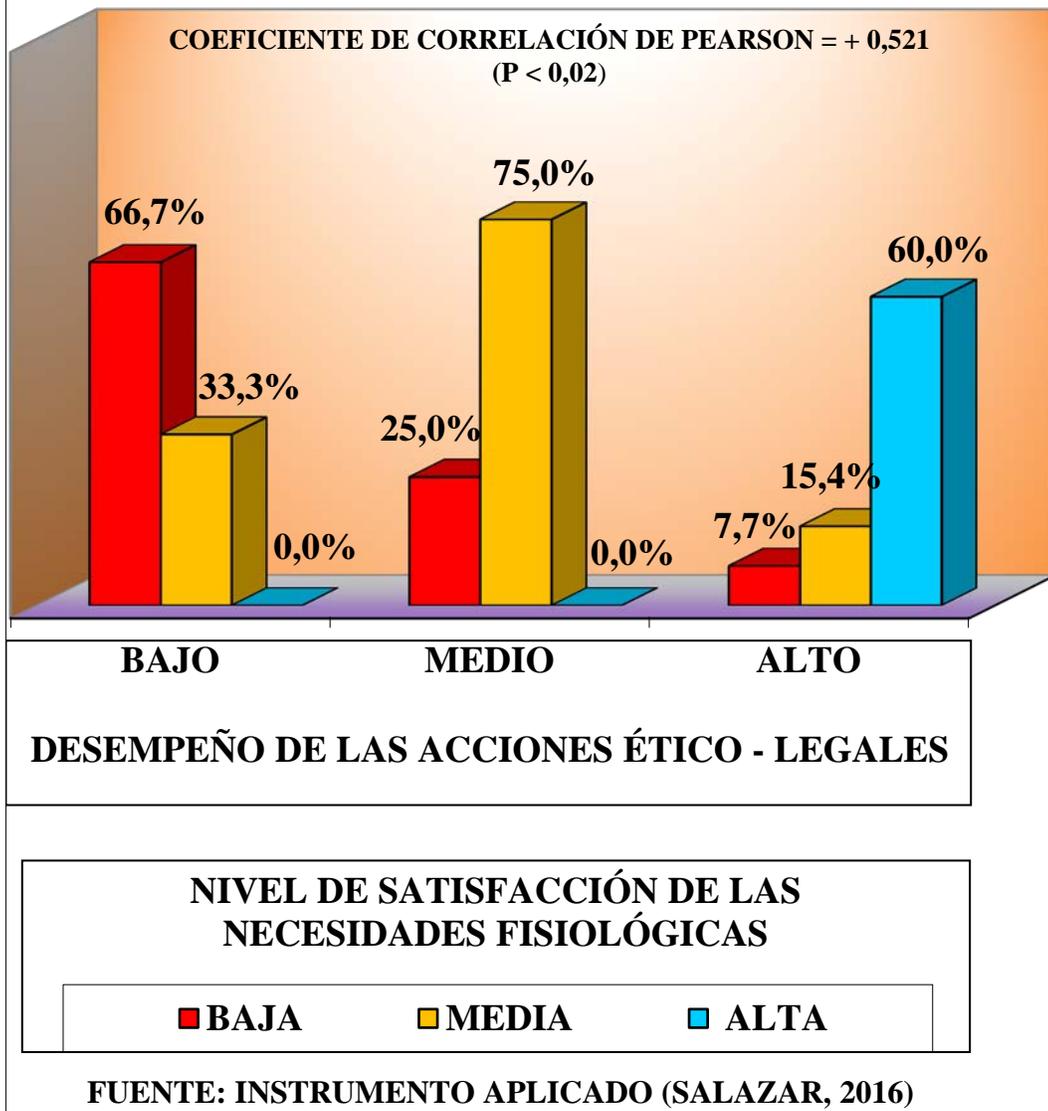
El grupo de enfermos en el nivel ALTO de DAEL, resulto que un 65,0% expresó un nivel ALTA de SENF, 50,0% pudiéndose apreciar que hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores a los factores aquí estudiados. La cual podría explicarse porque la enfermera filosóficamente, como dice Leddy papper (1985). Es una profesión que tiene implícito un carácter ético por su condición utilitaria de buscar siempre el bien de manera que era de esperarse una estrecha relación entre el comportamiento ético de la enfermera y la satisfacción de las necesidades fisiológicas del EOH traducida en acciones técnicas del cuidado.

Por lo tanto, existe una relación significativa entre los niveles de DAEL y de la SENF confirmándose la Hipótesis Especifica N° 7 la cual expresa que existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor Acciones Ético_ Legales y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Fisiológicas.

GRÁFICO N°19

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES ÉTICO - LEGALES CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016**



Hipótesis Específica N° 8

Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor Acciones Ético _Legales y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Sociales.

TABLA N° 20

DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS SEGÚN DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ÉTICO - LEGALES CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES SOCIALES

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016.**

<i>DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ÉTICO - LEGALES</i>	<i>NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES SOCIALES</i>			<i>TOTAL (%)</i>
	<i>BAJA F (%)*</i>	<i>MEDIA F (%)*</i>	<i>ALTA F (%)*</i>	
BAJO	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	3 (15,0)
MEDIO	0 (0,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (20,0)
ALTO	4 (30,7)	2 (15,4)	7 (53,8)	13 (65,0)
TOTAL	6 (30,0)	6 (30,0)	8 (40,0)	20 (100,0)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación de Pearson = + 0,323 (p < 0,16) No significativo

Fuente: instrumento aplicado (Salazar, 2016)

En la Tabla y Grafica N° 20 al observar la relación entre la opinión de los enfermos sobre los niveles de DAEL del grupo de enfermería y de su

SATISFACCIÓN, se determinó, como se puede observar en la Tabla N 20, que en el DAEL en el nivel BAJO, predomina el nivel BAJA SENS con un 66,6% y el 33,3% para el nivel de MEDIA de SENS.

En el nivel MEDIO del DAEL, hubo 75,0% de nivel MEDIA SENS y 25,0% de ALTA SENS.

El 53,8% de los enfermos en el nivel ALTO de DAEL se corresponde a un nivel de ALTA SENS, mientras que el 15,4% es para el nivel MEDIA y 30,7% en BAJA. SENS.

En función de lo anterior, se produjo una tendencia, a establecer en la relación de ambos factores, un predominio porcentual creciente en las casillas BAJO – BAJA y MEDIO – MEDIA, para disminuir luego en la conjunción ALTO y ALTA, que corresponde a DAEL y SENS, con valores respectivos de 66,7%, 75,0% y 53,8%. Por consiguiente, en este grupo de pacientes no se halló una relación completa entre el DAEL del grupo de enfermería y la SENS, dándose solo parcialmente que a un mayor nivel del DAEL se acompañará una mayor SENS pero no en todos los niveles que sean idénticos en opinión de los pacientes. Como consecuencia, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores de DAEL y SENS, se obtiene una cifra igual a + 0,323, con un nivel de significación mayor al 5% ($P < 0,16$).

Interpretación de los resultados

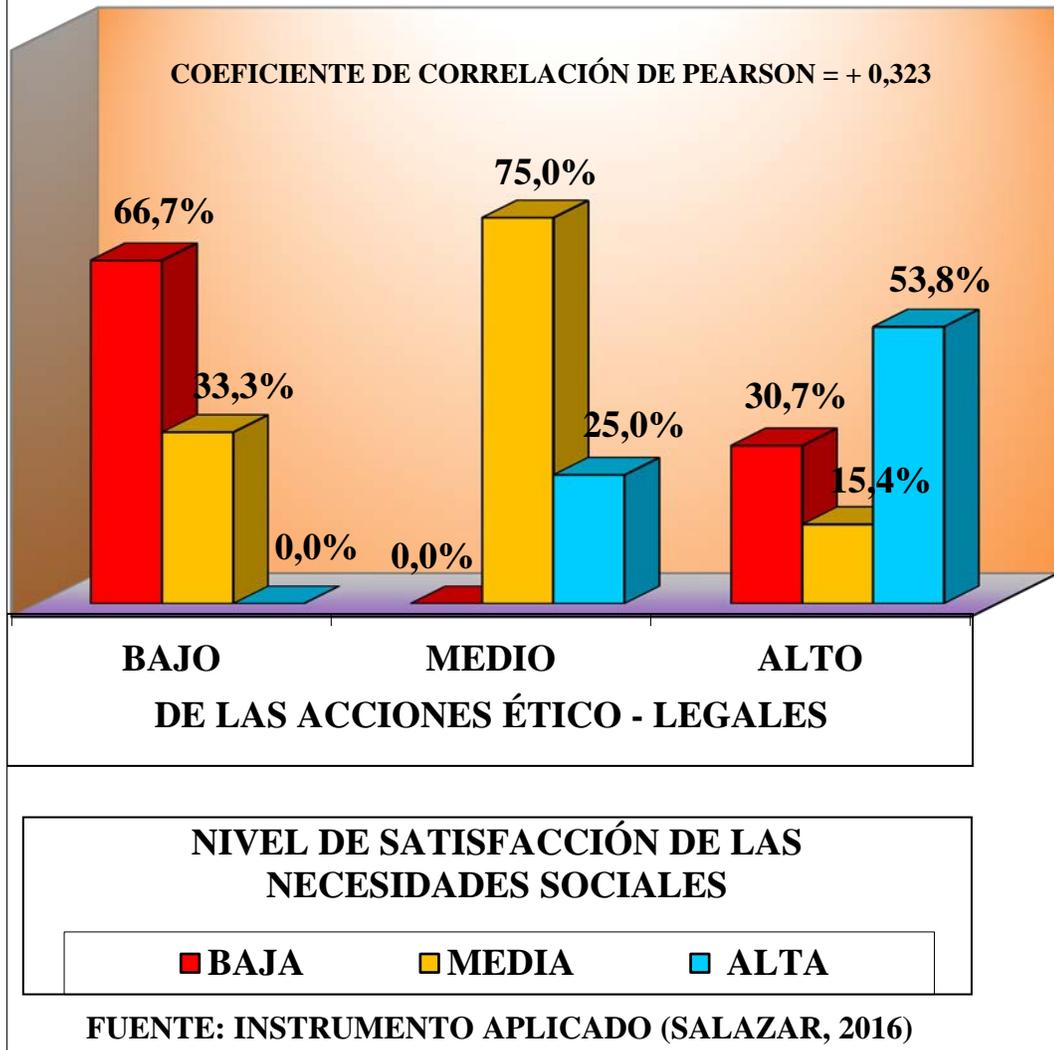
Los resultados anteriores confirman que No existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de DAEL y de la SENS. Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Específica N° 8, la cual expresa que existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor Acciones Etico_Legales y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades Sociales. Sin desestimar la posibilidad de la no priorización de la satisfacción de las necesidades sociales de parte de la

enfermera en su desempeño, el cual enfatiza fundamentalmente en acciones técnicas que no tienen significado social de comunicación efectiva de las enfermeras con el EOH y su grupo familiar.

GRÁFICO N 20

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES ÉTICO - LEGALES CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES SOCIALES

INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016



Hipótesis Especifica N° 9

Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor Acciones Ético _legales y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades de Estima

TABLA N° 21

DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS SEGÚN DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ÉTICO - LEGALES CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES DE ESTIMA

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016.**

<i>DESEMPEÑO DE LAS ACCIONES ÉTICO - LEGALES</i>	<i>NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ESTIMA</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJO	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (15,0)
MEDIO	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	4 (20,0)
ALTO	1 (7,7)	5 (38,5)	7 (53,8)	13 (65,0)
TOTAL	3 (15,0)	9 (45,0)	8 (40,0)	20 (100,0)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación de Pearson = + 0,354 (p < 0,13) No significativo

Fuente: instrumento aplicado (Salazar, 2016)

En la Tabla y Grafica N°21, al observar la relación entre la opinión de los enfermos sobre los acciones de DAEL del grupo de enfermería y de su SATISFACCIÓN, se estableció, como se puede observar en la Tabla N 21, que en

el DAEL en el nivel BAJO, aparece con el mismo porcentaje del 33,3%, los veinte enfermos en los tres niveles de SENE.

En el nivel MEDIO de DAEL, hubo 75,0% para el nivel de MEDIA SENE y 25,0% para BAJA SENE.

El 53,8% de los enfermos en el nivel ALTO de DAEL, expresaron un nivel de ALTA SENE, mientras que se dio un 38,5% para el nivel de MEDIA y 7,7% para ALTA.

Al considerar los resultados anteriores, como consecuencia se produce una tendencia, a establecer en la relación de ambos factores, un predominio porcentual creciente en las casillas BAJO – BAJA y MEDIO – MEDIA, para disminuir luego en la conjunción ALTO y ALTA, que corresponde a DAEL y SENE, con valores respectivos de 33,3%, 75,0% y 53,8%. Por consiguiente, en este grupo de enfermos no se halló una relación significativa entre el DAEL del grupo de enfermería y la SENE, tan solo parcialmente se da que a un mayor nivel del DAEL se esperará una mayor SENE pero no en todos los niveles idénticos en opinión de los pacientes. Por lo tanto, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores de DAEL y SENE, vino a ser una cifra igual a + 0,354, con un nivel de significación mayor al 5% ($P < 0,13$). Estos resultados confirman que no hay una relación estadísticamente significativa entre los niveles de DAEL y la SENE.

Interpretación de los resultados

Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Específica N° 9 la cual expresa que existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en su factor Acciones Ético_ legales y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en su factor Necesidades de Estima. Estos resultados evidencian la necesidad de que las acciones de cuidado directo del EOH sea brindado por enfermeras que tengan formación especializada

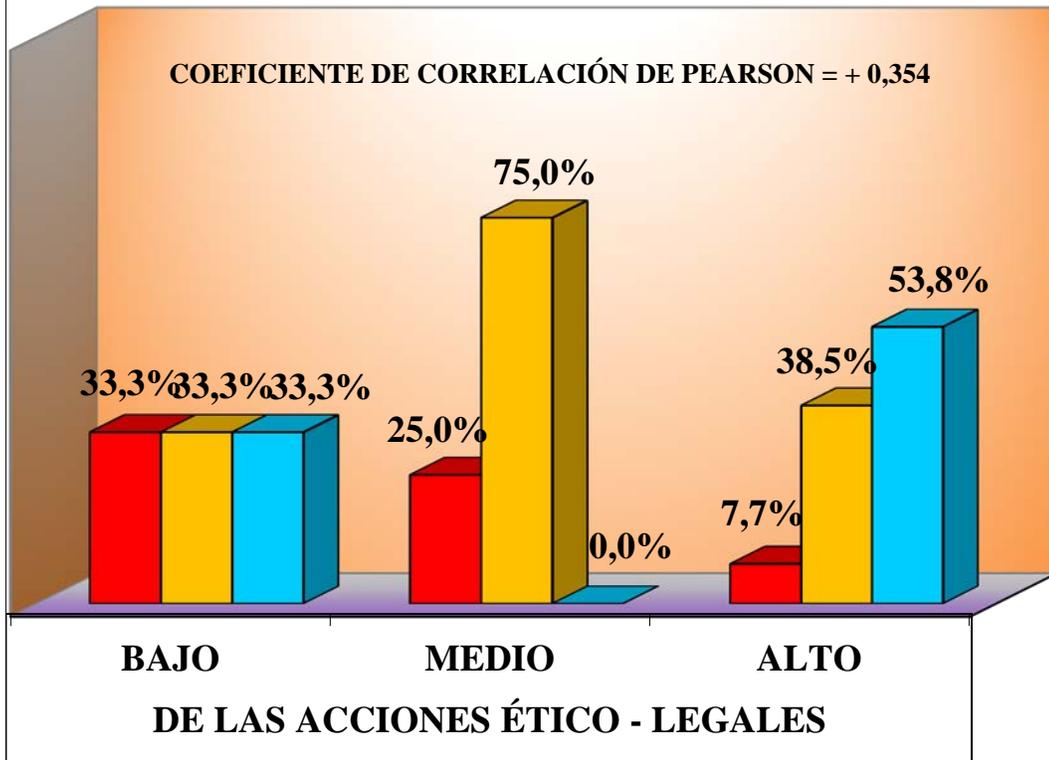
para atender las necesidades integrales de personas con enfermedades en etapas terminal y a sus familiares con Amor, respeto, preocupación e interés.

GRÁFICO N° 21

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES ÉTICO - LEGALES CUMPLIDAS POR LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES DE ESTIMA

INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,354



NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ESTIMA

■ BAJA ■ MEDIA ■ ALTA

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SALAZAR, 2016)

Hipótesis General

Existe relación estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en sus factores Acciones Técnicas, Administrativas y Etico_Legales y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus factores Necesidades Fisiológicas, Sociales y de Estima.

TABLA N° 22

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS SEGÚN
DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS
DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN
DEL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO**

**INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO"
BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016.**

<i>DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS) DE CUIDADO DIRECTO (DLECD)</i>	<i>NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO (SEOH)</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJO	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	6 (30,0)
MEDIO	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	5 (25,0)
ALTO	2 (22,2)	0 (0,0)	7 (77,7)	9 (45,0)
TOTAL	5 (25,0)	4 (20,0)	11 (55,0)	20 (100,0)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales. Coeficiente de correlación de Pearson = + 0,448 (p < 0,05) Significativo

Fuente: instrumento aplicado (Salazar, 2016)

En la Tabla y Grafica N 22 se observa que la mayoría de las enfermeras de cuidado directo investigadas, según las respuestas de los veinte enfermos, fueron ubicados sobre su DESEMPEÑO LABORAL DE ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO (DLECD) en el nivel ALTO con representación del 50,0% de los usuarios investigados; sigue el nivel MEDIO del DLECD desempeño de las acciones con 33,3% y, por último el nivel BAJO con un 16,7% de los enfermos. En relación a la SATISFACCIÓN DEL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO (SEOH), predomina el nivel de ALTA SEOH con un 55,0%, siendo para el nivel MEDIA de SEOH el 25,0% y en el nivel de BAJA el 20,0%.

Al observar la relación entre la consideración de los enfermos sobre los niveles de DLECD del grupo de enfermería y de su SATISFACCIÓN, se determinó, tal como aparece en la Tabla N 22, que en el nivel de DLECD en el nivel BAJO, predomina el nivel de ALTA SEOH con un 50,0%, luego 33,3% para el nivel MEDIA SEOH y para BAJA SEOH un 16,7%.

En el nivel MEDIO de DLECD, hubo 40,0% por igual, de enfermos de esta categoría, para los niveles de BAJA y MEDIA SEOH y el resto 20,0% de SEOH para el nivel ALTA.

Por su parte, el 77,7% de los pacientes en el nivel ALTO de DLECD, expresaron un nivel de ALTA SEOH y un 22,2% para el nivel de BAJA SEOH.

Como se puede apreciar, hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambas variables, un predominio porcentual creciente en las casillas BAJO – BAJA, MEDIO – MEDIA y ALTO y ALTA, que corresponde a DLECD y SEOH, con valores respectivos de 16,7%, 40,0% y 77,7%. Por consiguiente, en este grupo de pacientes se halló una relación entre el DLECD del grupo de enfermería, estableciendo que a un mayor nivel del DLECD se acompañará una mayor nivel de SEOH. Por otra parte, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores de DLECD y SEOH, aporta una cifra de + 0,448, con un nivel de significación de $P < 0,05$, corroborando el análisis anterior de los resultados.

Interpretación de los resultados

Los resultados muestran que los EOH percibieron altos niveles de DLECD cuando estas cumplen con sus Acciones Técnicas, Administrativas y Ético _Legales, aumentando sus niveles de Satisfacción de Necesidades Fisiológicas, Sociales y de Estima.

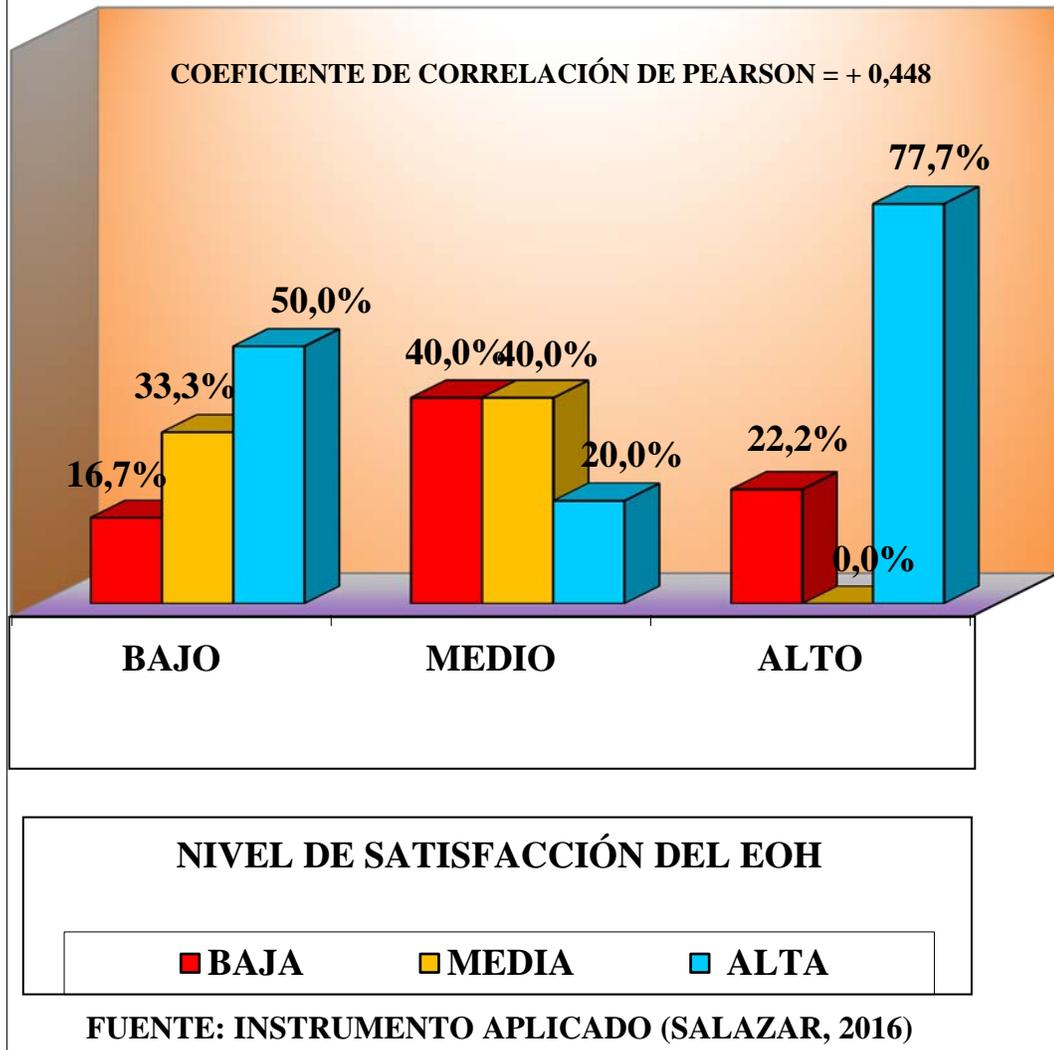
La aceptación de la Hipótesis General demostró que las ECD realizan un Desempeño Laboral fundamentado en las Acciones Técnicas con parcial aplicación del proceso de enfermería y ejecutando acciones independientes, interdependientes y dependientes, las acciones administrativas que incluyen la entrega y recibo de turno, registros diarios y del enfermo, así también las acciones Etico_Legales relacionadas con el trato amable, respuestas oportunas y el sentido de responsabilidad. Este desempeño laboral de la ECD está relacionado de manera significativa con la SEOH.

Es de hacer notar que en las instituciones de salud se hace énfasis en los procedimientos dependientes, sobre los interdependientes y no en las necesidades sentidas por el enfermo, ni en una relación de ayuda y crecimiento mutuo situación contraria a lo planteado. Por Caminad (2001) quien expresa que la satisfacción se basa en las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido.

Por lo tanto, se confirma la Hipótesis General la cual expresa que existe relación estadísticamente significativa entre los niveles del Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo en sus factores Acciones Técnicas, Administrativas y Ético_ Legales y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus factores Necesidades Fisiológicas, Sociales y de Estima.

GRÁFICO N^o 22

DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS SEGÚN EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS DE CUIDADO DIRECTO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DEL ENFERMO ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO" BÁRBULA, ESTADO CARABOBO. ABRIL 2016



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este capítulo hace referencia a las conclusiones y las recomendaciones generadas del estudio.

Conclusiones

1.- En relación a los Datos Socio Laboral la distribución de las enfermeras según el sexo, correspondió al femenino en un 85,2 %. Según las edades correspondió de 41 años o más, representado el 37,0% y por preparación académica el 55,6% y según el cargo que desempeñan correspondió a TSU 87,5% según el turno predomino el turno de la mañana con un 63,0 %, área o unidad donde labora correspondió al 100%. Según la antigüedad en esta unidad de servicio correspondió a 0 a 5 años 37,0%. De 6 a 10 años 37,0 % y según el estatus laboral predomino el fijo representado en un 59,3%.

2 En los datos Socio Demográficos la distribución de los pacientes según la edad, correspondió a las edades de 20 a 30 años representado en un 10,0%. Según el sexo correspondió, al femenino en un 80,0%. Y según el grado de preparación académica predomino el de secundaria 45,0%.

3.-Existe una relación Estadísticamente significativa entre las acciones que conforman el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en sus factores Acciones Técnicas, Administrativas y Ética_ Legales y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado.

4._ Existe una relación Estadísticamente significativa entre el desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor ACCIONES TECNICAS y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus NECESIDADES FISIOLÓGICAS el valor del coeficiente de correlación de Pearson fue +0,528 con

un nivel de significación de $p < 0,02$. Por lo tanto se confirma la Hipótesis Especifica N 1

5._ Existe una relación Estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor ACCIONES TECNICAS y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus NECESIDADES SOCIALES. El valor obtenido del coeficiente de Correlación de Pearson $+0,444$ con un nivel de significación de p mayor $0,05$. Por lo tanto se confirma la Hipótesis Especifica N 2

6._ Existe una relación Estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor ACCIONES TECNICAS y la satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus NECESIDADES DE ESTIMA el valor obtenido dl coeficiente de correlación $+0,469$ con un nivel de significación de p mayor $0,04$. Por lo tanto se confirma la Hipótesis Especifica N 3

7._ Existe una relación Estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor ACCIONES ADMINISTRATIVAS y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus NECESIDADES FISIOLÓGICAS, el valor del coeficiente de Correlación de Pearson $+0,451$ con un nivel de significación de p mayor $0,05$. Se confirma la Hipótesis Especifica N 4.

8._ Existe una relación Estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor ACCIONES ADMINISTRATIVAS y la satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus NECESIDADES SOCIALES, el valor del coeficiente de correlación de Pearson $+0,492$ con un nivel de significación de p mayor $0,03$. Se confirma la Hipótesis Especifica N 5.

9._ Existe una relación Estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en su factor ACCIONES ADMINISTRATIVAS y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus NECESIDADES DE ESTIMA el valor del coeficiente de correlación $+0,353$ con un nivel de significación p mayor $0,12$. No se confirma la Hipótesis Especifica N 6. Se rechaza.

10._ Existe una relación Estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en las ACCIONES ÉTICO_ LEGALES y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus NECESIDADES FISIOLÓGICAS el valor del coeficiente de correlación $+ 0,521$ con un nivel de significación de p mayor $0,02$. Se confirma la Hipótesis Especifica N 7.

11._ Existe una relación Estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en las Acciones ÉTICO_ LEGALES y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus NECESIDADES SOCIALES el valor del coeficiente correlación $0,323$ con un valor de significación de p mayor $0,16$ No es significativa. Por lo tanto la Hipótesis N 8 Se rechaza.

12._ Existe una relación Estadísticamente significativa entre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en las Acciones ÉTICO_ LEGALES y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado en sus NECESIDADES DE ESTIMA, el valor del coeficiente de correlación $0,354$ con un nivel de significación $p < 0,13$. No hay una relación significativa por lo tanto la Hipótesis Especifica N 9. Se rechaza.

13._ Existe una relación Estadísticamente Significativa entre las variables DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS) DE CUIDADO DIRECTO Y LA SATISFACCIÓN DEL ENFERMO ONCOLÓGICO

HOSPITALIZADO con un coeficiente de correlación de Pearson 0,448 con un valor de significación de p mayor 0,05. Por lo tanto se confirma la Hipótesis General.

2.- RECOMENDACIONES.

A partir de las conclusiones anteriores se recomienda:

- 2.1 Dar a conocer los resultados de esta investigación a la Gerencia de Enfermería a la Dirección Médica del establecimiento hospitalario resaltando la importancia del Desempeño Laboral de las Enfermeras de Cuidado Directo.
- 2.2 Informar a las Enfermeras de Cuidado Directo que participaron en la presente investigación los resultados obtenidos.
- 2.3 Dar a conocer los resultados de esta investigación en los eventos Científicos.
- 2.4 Regionales y Nacionales. Publicar los resultados de esta investigación en revistas o en la web con el fin de ofrecer antecedentes y alternativas para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFIA

- Amezcuca, M. (2000). **Antropología de los Cuidados enfermedad y padecimientos**. Publicado por el Consejo de Enfermería.
- Ary, y Cols. (1992). **Introducción a la Investigación pedagógica**. (2da ed.) México: Mc Graw – Hill Interamericana.
- Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA) [www nursing Word. Org](http://www.nursing Word. Org).
- Arias, F. (2006). **El proyecto de investigación**. Introducción a la Metodología Científica 6ª Edición Editorial Episteme.
- Balderas, M. (1995). **Administración de los servicios de Enfermería**. 3ra Edición, Editorial Mc Graw Hill, México.
- Balestrini, M. (2001). **Como se elabora un Proyecto de Investigación**. Editorial BL. Consultores Asociados 5ta Edición Caracas – Venezuela.
- Boff, L. (1999). **Saber cuidar: Ética Cuidada Humana - Compaixão Pela Terra**. Petrópolis RJ. Editora Vozes. Bogotá.
- Bohórquez, D. (2002). **Planificación Estratégica y Desempeño Laboral**. 2da Ed México Alfa omega Grupo Editor.
- Busot, J. (2009). **Investigación Educativa**. 2da Edición Maracaibo Venezuela: Luz.
- Caminad, J. (2001). **La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios**. Revista de Calidad Asistencial.
- Canales, Alvarado y Pineda. (2001). **Metodología de la investigación para el desarrollo del personal de salud**: México: Uteha Noriega Editores.
- Cedeño, S. y Escobar, D. (2014). **Habilidades Gerenciales de la enfermera supervisora de los Centros de Diagnóstico Integral y el Desempeño Laboral de las enfermeras de Cuidado Directo** Trabajo especial de Grado. Maestría en enfermería. Universidad de Carabobo. Valencia – Carabobo. Venezuela.

Colliere, M. (1999). **Encontrando el sentido Original de los Cuidados Enfermeros**. Rev. Rol Enfermera. Brasil.

Consejo Internacional de Enfermería. (CIE). WWWIcn.Ch/es.

Contreras, N. Rubí, Coronado M, Maribel, López V. Nora Hilda. Aguilar H. Rosa (2008). **Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor** Universitaria ENEO- UNAM. Vol. 5. N 1 Año. P 14 México. Revista en internet.

Corbella A, Saturno P. (1990). **La garantía de la calidad de atención primaria de salud** Madrid: Instituto Nacional de salud, secretario General.

Chiavenato, I. (2009). Gestión del talento humano 1ra Ed México D.F. Mc Graw Hill.

_____, (2000). **Administración De Recursos Humanos**. Quinta edición. Editorial Interamericana, Mc Graw Hill. México

_____, (2001). **Administración: teoría, Proceso y Práctica** 3ra Edición Editorial Interamericana, Mc Graw Hill. México

Davis, K. / Jhonn, N. (1990). **Comportamiento Humano En El Trabajo**. Séptima Edición. Mc Graw Hill. México.

_____, (2004). **Comportamiento Humano En El Trabajo**. Undécima Edición. Mc Graw Hill. México.

Diccionario Mosby Medicina, (2000). **Enfermería Ciencias de la Salud**. Quinta Edición. Ediciones Harcourt. España. S.A.

Diccionario Enciclopédico (2005). **El pequeño Larousse en Color**. Documento en línea artículos especiales consulta 18- 03-09 [http. // Cielo. Jsciii. Es/ cielo.php? = s 113212962000100004&script=sci-arttext&tlng=es](http://Cielo.Jsciii.Es/cielo.php? = s 113212962000100004&script=sci-arttext&tlng=es)

Donabedian, A. (1992). **Evaluación de la calidad de la Atención Medica**. Publicación Científica Washington, D.C. OPS/ OMS. Nª 534.

Fernández, H. y Escobar D. (2006). **Cuidado proporcionado por la Enfermera y la Satisfacción del enfermo hospitalizado en una Institución Privada**. Trabajo especial de grado. Maestría en Enfermería. Universidad de Carabobo Valencia _ Carabobo. Venezuela

- Fernández, Y. (2010). **La Evaluación del desempeño y su contribución en el comportamiento organizacional** 2 pág. Disponible en Internet: [http:// www.Monografías.Com / trabajos 68/ evaluación- desempeño –mejora-comportamiento –organizacional](http://www.Monografías.Com/trabajos/68/evaluación-desempeño-mejora-comportamiento-organizacional). HTML [citado el 19 de junio de 2012]
- Galindez, A y Escobar D. (2015). **Prestación del cuidado de la Enfermera de Cuidado Directo y la Satisfacción del Paciente Hospitalizado**. Trabajo especial de Grado. Maestría en Enfermería. Universidad de Carabobo. Valencia _ Carabobo. Venezuela.
- Gibson Y Cols. (1989). **Organización, Conducta, Estructura, Proceso**. México: Editorial Interamericana.
- Griffith y Christonson. (1986). **Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, Marcos de Trabajo y Modelos**. 1ra Edición, México: Manual Moderno.
- Gracia, D. (1991). **Procedimientos de decisión en ética clínica**. Madrid: Eudema.
- Gutiérrez, S. y Cols (2008). **Satisfacción de los pacientes por la atención recibida en un servicio de cirugía general de segundo nivel**. SESEQ. México: Medigraphic. Cirujano General Vol. 30 num.2 Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro. Cirugía General. Hospital SESEQ. México: Revista en internet.
- Hernández, R. (2003). **“Metodología de la Investigación”** 4ta Edición, Mc Graw Hill, México D.F.
- Henry, Sisk y Mario Sverdlir. (1979). **Administración Gerencia en Empresas**. Edición N°2 Publicado fábrica de libros de Antioquia.
- Hinchliff, Susan. (1982). **Enseñanza de la Enfermería Clínica**. Interamericana. México: D.F.
- Iyer, Pw. Taptich Bj y Bernocchi-Losey, D. (2004). **Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería**. 2da Edición. Madrid. Mc Graw Hill.
- _____ (1997). **Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería**. 3ra Edition .México: Mc Graw Hill.
- Katz, R. (1994). **Skill of an effective Administrator**. “Harvard Business Review Enero- Febrero.

- Keith, D. y Newstrom (2000). “**El Comportamiento Humano en el Trabajo**”. 3ra Edición México: Editorial Mc Graw Hill/ Interamericana.
- _____, (2007). **Proceso de Enfermería y Diagnóstico de enfermería** 7ma Edición. Madrid. Mc Graw. Hill.
- Koontz, / Heinz, W. (1998). **Administración Una Perspectiva Global y Empresarial**. 7ma Edición Editorial Mc Graw Hill
- Koos, E. (1994). **The Health of region Ville Hafner**. New York.
- Kozier, B. y cols. (1993). **Fundamentos de Enfermería**, Interamericana. México
- Lares, (1997). **Metodología**. Editorial Mc Graw Hill 3ra Edición. Bogotá Colombia.
- Leininger M. (1984). **El Cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería**. Editorial New York. USA.
- Long, M. (1998). **Enfermería Médico - Quirúrgico**. Editorial Harcourt.3ra Edición. España.
- Luz Marina, B y cols (2012). **Desempeño laboral de las Enfermeras (os) egresados de la Universidad**. Trabajo especial de Grado. Maestría en Enfermería Francisco de Paula Santander. Cúcuta Colombia.
- Marriner, A. (2003). **Gestión y Dirección de Enfermería**. Séptima Edición. Editorial Harcourt Brace S.A Madrid España.
- _____, (1997). **Modelos y teorías de Enfermería**. 2da edición Mosby Wesley
- Maslow, A. (1991). **Motivación y Personalidad**. España. Ediciones Díaz de Santos, S.A Traductor Caridad Clemente.
- Marroquín, M. (2008). **La empatía concepto la compleja redimensionada evolución** de un Disponible en: [www. Psicoterapeutas.org/marroquin.doc](http://www.Psicoterapeutas.org/marroquin.doc).
- Méndez, C. (1997). **Proyecto de Investigación**. Edición, BL Consultores Asociados Servicio Editorial. Caracas- Venezuela.

- Morse, J. et al. (1994). **Análisis comparativo de la conceptualización cuidado y teorías de.** En: Holn E, Nicholson, j. **Comportamiento contemporáneo de liderazgo**, 4ª ed. Philadelphia: Lippincott.
- Nery, B. Marlen J., Sánchez E., Mirtha Z..., Olivety R., Miriam. (2010). **Actitudes de la enfermera de cuidado directo y Satisfacción de la persona hospitalizada.** Trabajo de grado. Maestría en Enfermería. Universidad de Carabobo. Valencia- Venezuela.
- Palella, S. (2006). **Metodología de la Investigación Cualitativa.** Editorial Fedupel, 2da Edición. Caracas Venezuela.
- Palomo, M. (2008). **Liderazgo y Motivación de Equipos de Trabajo.** 5ta Edición. Esic. Editorial España.
- Raffensperger, E, Lloyd y Mesan (2005). **Manual de la Enfermera.** España, Editorial Océano / centrum.
- Robbins, S. (1994). **La Administración en el mundo de hoy** 10ª.Edicion.Editorial Prentice Hall. INC. México.
- _____, (2005). **Comportamiento Organizacional.** 8va Edición Editorial Pearson Educación México.
- Riopello, Laura y Cols. (1993). **Cuidados de Enfermería.** México Editorial Interamericana.
- Robert, K. (1994). **Habilidades de un Administrador Eficaz.** Editorial Harvard Business Press.
- Ruiz, K. (2009). **La importancia de la administración en el desempeño en las organizaciones.** Revista proyecciones. Año 9 Numero 9. Febrero _ Marzo. Chile.
- Santa Palella S. (2006) **Metodología de la Investigación Cuantitativa,** Editorial. Fedupel 2da Edición, Caracas.
- Stoner, J. (2007) **Fundamentos de la Administración.** 6ta Edición. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. México.

- Sánchez. M y García. C (2010), **“Desempeño Laboral de los Gerentes de Enfermería y La Motivación de las Enfermeras de Cuidado Directo”** Trabajo de Grado. Maestría en Enfermería. Universidad de Carabobo. Valencia Venezuela
- Tamayo y Tamayo, (1999). **Metodología de la Investigación Científica.** Editorial Limusa México.
- _____ (2001), **Metodología de la Investigación Científica.** Editorial Limusa México.
- Torralba, F. (1998). **Antropología del Cuidado.** Editorial Mapfre. Madrid.
- Urbina, L. (2003). **Tendencias actuales en las competencias específicas en enfermería.** Editorial Ciencias Médicas La Habana Cuba.
- Valderrama, O, Menacho, K. (2010). **Cuidado Humanizado de Enfermería y nivel de Satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el Servicio de Emergencia.** Hospital de Barranca, Perú Requisito para obtener el grado de Maestría.
- Varela, O. /Salgado, E. (2010). **Desempeño de los Individuos en las Organizaciones Gerencia y Negocio** 1 edición Editores ediciones IESA.
- Waldow, V. (1998). **Cuidado Humano.** Porto Alegre. Sagna – Luzzatto Brasil.
- Watson, Jean. (1999). **Enfermería: Ciencia Humana y Cuidado Humano: Una Teoría de Enfermería. Grupo de cuidado** Universidad Nacional Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia.
- Wayne, R. Mondy0 / Robert, M, Noé (1996). **Administración de Recursos Humanos** Novena edición Editorial Pearson Prentice Hall- México.

ANEXO “A”



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIO DE POST GRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD Y
ENFERMERÍA**

**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION SOBRE
DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS) DE CUIDADO
DIRECTO EN UN CENTRO HOSPITALARIO PÚBLICO DE SALUD,
VALENCIA ESTADO CARABOBO.**

PRESENTACION

El presente instrumento intenta medir el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo en las diferentes áreas de hospitalización; con la finalidad de presentar según los resultados, el perfil profesional de enfermería en este nivel operativo.

Por tal sentido se le agradece la mayor objetividad en las respuestas que se registre en la observación. Por ser de carácter confidencial y anónimo, no requiere ser firmado por el encuestado u observado.

PARTE I

DATOS SOCIOS LABORALES

Por favor, lea cada uno de los enunciados y seleccione su respuesta marcando con una equis (X)

1. Sexo:

Femenino (____)

Masculino (____)

2. Edad:

20 a 25 años (____) 26 a 30 años (____) 31 a 35 años (____)

36 a 40 años (____) 41 o más (____)

3. Preparación Académica:

Técnico superior universitario (____)

Licenciada (o) (____)

Magister (____)

Doctorado (____)

Enfermero (a) especialista (____)

Cargo que Desempeña Actualmente:

Enfermera I. (____)

Enfermera II. (____)

4. Turnos:

Mañana (____)

Tarde (____)

Noche (____)

5. Área o Unidad donde labora:

Radioterapia (____)

Quimioterapia (____)

Consulta Externa (____)

Área de cuidado directo (hospitalización) (____)

6. Antigüedad en la Institución :

0 a 5 años (____) 6 a 10 años (____)

11 a 15 años (____) 16 años o más (____)

7. Estatus Laboral Fijo (____) Contratado Fijo (____) Suplente Fijo (____)

PARTE II

DESEMPEÑO LABORAL DE LAS ENFERMERAS (OS) DE CUIDADO DIRECTO.

A continuación se plantean una serie de interrogantes sobre el Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo con tres observaciones, de las cuales serán seleccionadas con una equis (x)

Escala de Observación
Aspecto de la Variable: Desempeño Laboral

Acciones Técnicas: Proceso de Enfermería	1° Obs.		2° Obs.		3° Obs.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Realiza el interrogatorio de salud, diariamente al enfermo.						
2. Analiza diariamente la información del enfermo.						
3. Elabora diariamente el plan de cuidado de los enfermos asignados.						
4. Ejecuta diariamente el plan de cuidado en su turno laboral.						
5. Evalúa los resultados del plan de cuidado ejecutado diariamente.						
Acciones Técnicas: Procedimientos Independientes.	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6. Le mide la temperatura diaria a sus enfermos.						
7. Le mide la presión arterial diariamente a sus enfermos.						
8. Le mide la respiración diariamente a sus enfermos						
9. Le mide el pulso diariamente a sus enfermos.						
10. Ayuda a dar comida a sus enfermos.						
11. Baña a los enfermos asignados que lo requieren.						
12. Le aplica el shampoo en cama a los enfermos que lo requieran.						
13. Realiza aseo perineal a enfermos que lo requieran.						
14. Ayuda a la deambulacion de						

enfermos con dificultad.						
15. Realiza cambios de posición a enfermos encamados.						
16. Realiza con habilidad venoclisis a los enfermos						
17. Cambia la venoclisis después de setenta y dos horas.						
18. Mide líquidos ingeridos y eliminados en enfermos con drenajes o sondas.						
19. Realiza cambios de apósitos y/o curas.						
Acciones Técnicas: Procedimientos Dependientes.	SI	NO	SI	NO	SI	NO
20. Cumple tratamiento parenteral indicado al enfermo						
21. Cumple tratamiento oral.						
22. Cumple tratamiento tópico						
23. Administra nutrición enteral						
24. Prepara NPT.						
25. Administra NPT						
26. Vigila la nutrición NPT						
27. Administra oxigenoterapia a los enfermos según indicaciones médicas.						
28. Cumple las nebulizaciones a los enfermos según indicaciones médicas.						
29. Administra psicotrópicos indicados.						
Acciones Técnicas: Procedimientos Interdependientes	SI	NO	SI	NO	SI	NO
30. Gestiona estudios de laboratorios solicitados a los enfermos						
31. Gestiona estudios radiológicos al enfermo						
32. Gestiona estudios especiales al enfermo. Eco, Tac y RAM.						
33. Participa en la revista médica general.						
Acciones Administrativa.	SI	NO	SI	NO	SI	NO

34. Recibe en cada guardia el servicio o unidad.						
35. Gestiona la higiene de la unidad de cuidados						
36. Gestiona la limpieza del área de permanencia del enfermo.						
37. Registra en la historia información de sus enfermos.						
38. Realiza evaluaciones diarias de sus enfermos						
39. Realiza hoja de asignación del personal.						
40. Registra diariamente información de los signos vitales.						
41. Registra diariamente en la hoja los líquidos ingeridos y eliminados						
42. Realiza el ingreso de enfermos asignados						
43. Realiza la hoja de dieta						
44. Supervisa personal a su cargo (camarera / camillero)						
45. Informa sobre proceso salud-enfermedad						
46. Realiza hoja de egreso de enfermo asignado						
47. Entrega diariamente el servicio o unidad						
Acciones Ético- Legales						
48. Trata con amabilidad a los enfermos						
49. Respeta la individualidad de los enfermos.						
50. Respeta la privacidad de los enfermos						
51. Asiste al trabajo con puntualidad						
52. Exhibe comportamiento autónomo en el trabajo						

Elaborado por: Escobar, López, Serrano, Gil, Luna.

Aplicado por: Lidys Y Salazar L.

- Nota explicativa de la conducta observable del factor Ético-Legal
 - ✓ 48. Amabilidades: lo escucha, le responde, lo saluda.
 - ✓ 49. Individualidad: respeta creencias, valores, religiones necesidades.
 - ✓ 50. Privacidad: protege físicamente al paciente. Guarda confidencialmente la información
 - ✓ 51. Puntualidad: llega a la hora establecida atiende al llamado con prontitud.
 - ✓ 52. Autonomía: resuelve la situación clínica y administrativa con criterio propio. Asume responsabilidad, toma de decisiones.

ANEXO “B”

**INSTRUMENTO APLICADO A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
HOSPITALIZADO EN EL INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL
PÉREZ CARREÑO.**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRIA
GERENCIA EN SALUD Y ENFERMERIA**



**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA MEDIR LA
SATISFACCION DEL PACIENTE ONCOLOGICO HOSPITALIZADO EN
UN HOSPITAL TIPO II. ESTADO CARABOBO**

Presentación

El presente instrumento tiene como objetivo obtener información respecto al cuidado de las Enfermeras (os) al Enfermo Oncológico Hospitalizado en el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Se agradece la disposición voluntaria que usted tenga para responder cada una de las partes que se presentan a continuación

El instrumento es anónimo.

Instrucciones Generales:

Lea cuidadosamente los enunciados de cada parte que se presentan a continuación:

- 1._ A continuación se ofrece una lista de preguntas que representan las acciones de cuidado de enfermería el cual Usted ha recibido durante la hospitalización.
- 2._ Use para responder la escala proporcionada con las siguientes alternativas que tienen ponderación numérica establecida en cada casilla.
- 3._ Marque con una equis (x) en la casilla de la alternativa seleccionada por Ud.

Satisfecho	S	2
Medianamente Satisfecho	M S	1
Insatisfecho	I	0

Parte I

Datos Socio Demográficos

Edad: (___) Años

Sexo: Masc (___) Fem (___)

Grado de preparación: Primaria (___)

Secundaria (___)

Superior (___)

Aspecto de la Variable Satisfacción del Paciente Oncológico Hospitalizado		Satisfecho	Mediamente satisfecho	Insatisfecho
Ítems	Necesidades Fisiológicas	S 2	MS 1	I 0
1	Que la enfermera de cuidado directo le ayude a dar la comida, le hace sentir			
2	Que la enfermera de cuidado directo le ayude a realizar el baño y arreglo de la cama, le hace sentir			
3	Que la enfermera de cuidado directo le administre el calmante cuando tiene dolor, le hace sentir			
4	Que la enfermera de cuidado directo registre en la historia de enfermería los valores de los signos vitales, le hace sentir			
5	Que la enfermera de cuidado directo le administra los medicamentos por la vena con destreza, le hace sentir			
6	Que la enfermera de cuidado directo le ayude con los cambios de posición, le hace sentir			
7	Que la enfermera de cuidado directo le realice la cura cuando corresponda, le hace sentir			

8	Que la enfermera de cuidado directo se ocupe por que tenga el ambiente de la habitación limpio, le hace sentir			
9	Que la enfermera de cuidado directo le ayude en la limpieza bucal, le hace sentir			

ítems	Necesidades Sociales	S	MS	I
10	Que la enfermera de cuidado directo durante su hospitalización lo haya atendido de forma amable, le hace sentir			
11	Que la enfermera de cuidado directo durante el cambio de turno se interesa por su estado de salud, le hace sentir			
12	Que la enfermera de cuidado directo durante el cambio de turno se identifica ante Usted, le hace sentir			
13	Que la enfermera de cuidado directo le brinda apoyo emocional, le hace sentir			
14	Que la enfermera de cuidado directo le resuelva las situaciones o problemas que usted le plantee, le hace sentir			

	Necesidades de Estima o Ego	S	MS	I
15	Que la enfermera de cuidado directo durante el cambio de la guardia lo trate con respeto, le hace sentir			
16	Que la enfermera de cuidado directo durante su hospitalización lo haya llamado por su nombre, le hace sentir			
17	Que la enfermera de cuidado directo durante la guardia le ofrece las condiciones necesarias para guardar la intimidad y el pudor, le hace sentir			
18	Que la enfermera de cuidado directo en cada uno de los turnos le proporciona información para el cuidado de su salud, le hace sentir			
19	Que la enfermera de cuidado de directo se preocupa por usted y le explica sobre la administración de medicamentos, le hace sentir			
20	Que la enfermera de cuidado directo se preocupa por usted cuando le orienta sobre cómo evitar infecciones después de realizar las curas, le hace sentir.			

Elaborado por: Lcda. Lidys Y Salazar López

ANEXO “C”

INFORME DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD REALIZADA AL INSTRUMENTO ELABORADO POR LA LCDA. LIDYS SALAZAR PARA RECOLECTAR INFORMACION SOBRE “SATISFACCION DEL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO” (VARIABLE II)

VARIABLE II

El instrumento para la variable II está conformado por 20 ítems en escala LIKERT, por lo que se le aplicó también la prueba de ALFA DE CRONBACH (alfa) que tiene la siguiente fórmula:

$$\text{ALFA} = (n/n-1) * (1 - \text{suma varianza ítems} / \text{varianza test})$$

Fiabilidad

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	5	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	5	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cron Bach	N de elementos
,821	20

Al sustituir los valores se obtiene que la confiabilidad fue de **0,82**, cuyo valor es **bueno**, lo que indica la confiabilidad del instrumento y puede ser utilizado para la recolección de la información al grupo de estudio.

Prof. Dexy Tovar Oviedo

CI: 7.196.992

Profesor Agregado de la Escuela de Enfermería.

Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad de Carabobo.

Valencia, Octubre. 2016

Consentimiento Informado

Yo, _____ titular de la cedula de identidad N° _____ Enfermera de Cuidado Directo del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” expreso a través de este medio, mi participación voluntaria y mi autorización para dar información a través de este instrumento de investigación titulado. **“Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado**, atendido en las unidades clínicas del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Valencia Estado Carabobo. Realizado por la Lcda. Lidys Y. Salazar López, como requisito para optar al título de **Magister en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería**.

He recibido información y orientación la cual he comprendido acerca de la investigación y justificación del mismo, además tengo conocimiento de que me puedo retirar del mismo cuando lo considere pertinente.

Valencia, _____ del 2016.

Firma de la Investigadora

C.I.: 5.456.780

Consentimiento Informado

Yo, _____ titular de la cedula de identidad N° _____ Enfermo Oncológico Hospitalizado; en el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” expreso a través de este medio, mi participación voluntaria y mi autorización para dar información a través de este instrumento de investigación titulado. **“Desempeño Laboral de las Enfermeras (os) de Cuidado Directo y la Satisfacción del Enfermo Oncológico Hospitalizado,** atendido en las unidades clínicas del instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Valencia Estado Carabobo. Realizado por la Lcda. Lidys Y. Salazar López, como requisito para optar al título de **Magister en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería.**

He recibido información y orientación la cual he comprendido acerca de la investigación y justificación del mismo, además tengo conocimiento de que me puedo retirar del mismo cuando lo considere pertinente.

Valencia, _____ del 2016.

Firma de la Investigadora:

C.I.: 5.456.780