



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN EN ENFERMERIA AL  
PACIENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO APLICANDO LA TEORÍA DEL FINAL  
TRANQUILO DE LA VIDA EN UN INSTITUTO NACIONAL.

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN ONCOLOGÍA

**Autores:**

Garcia Heredia, Miriam Stephanie.

Munayco Mendieta, Juan Roberto.

**LIMA - PERÚ**

**2016**



.....

Asesora: Mg. Marlene Giraldo Giraldo

Fecha: 22/09/2016

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Formulación del problema.....	7
1.2 Justificación del estudio.....	7
1.3 Viabilidad del estudio.....	8
1.4 Factibilidad del estudio.....	8
<b>CAPITULO II: OBJETIVOS DE ESTUDIO</b>	
2.1 Propósito.....	9
2.2 Objetivo General.....	9
2.3 Objetivos Específicos.....	9
<b>CAPITULO III: MARCO TEORICO</b>	
3.1 Antecedentes.....	10
3.2 Base teórica.....	13
<b>CAPITULO IV: MATERIAL Y MÉTODO</b>	
4.1 Diseño de estudio.....	24
4.2 Población.....	24
4.3 Definición operacional de variables.....	26
4.4 Procedimientos y técnicas de recolección de datos.....	30
4.5 Plan de tabulación de datos y análisis de datos.....	31
<b>CAPITULO V: CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMISNITRATIVAS</b>	
5.1. Principios éticos.....	33
5.2 Presupuesto.....	34
5.3 Cronograma.....	35
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	36
<b>ANEXOS</b> .....	39

## RESUMEN

El estudio tiene como *objetivo* validar un instrumento de valoración en enfermería al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida en un instituto nacional, Octubre - Noviembre 2016. Se utilizará el *método* descriptivo de corte transversal. La *muestra* estará conformada por 145 pacientes oncológicos paliativos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Para la *recolección de datos* se utilizará la técnica la encuesta y se aplicará un instrumento estructurado según la valoración al paciente oncológico paliativo, aplicando la teoría del final tranquilo de la vida de Cornelia M. Rulan, Shirley M. Moore, elaborado por los investigadores. El *procesamiento de datos* se codificará de forma automatizada la información recolectada, para lo cual se elaborará una base de datos en el programa SPSS versión 20.0, los datos serán analizados por frecuencia y porcentaje, de forma univariada y bivariada. En el *análisis* se utilizará estadística a nivel descriptivo, presentando los datos en tablas y gráficos. Los *resultados* de este trabajo permitirá valorar, holísticamente, respuestas humanas de cada paciente, abordando la ausencia del dolor, sentir bienestar, dignidad y respeto, tranquilidad y proximidad con sus allegados, instaurándose como herramienta para estandarizar el cuidado de enfermería oncológica, lo cual beneficiará al paciente oncológico paliativo al recibir un cuidado integral de calidad, y aportará al crecimiento del cuerpo de conocimientos de la disciplina de enfermería oncológica.

**Palabras claves:** Valoración de enfermería, Paciente oncológico, Cuidados paliativos.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2012 se produjeron 14 millones de casos nuevos diagnosticados de cáncer, y se le atribuyeron 8,2 millones de muertes para el mismo año, de no producirse una mejora en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 22 millones de casos nuevos (1).

A su vez, la OMS define que “Los cuidados paliativos constituyen un modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias al afrontar los problemas asociados a enfermedades incurables mediante la prevención y el alivio del sufrimiento. Esto significa: identificación precoz, evaluación meticulosa y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”, y refiere que actualmente solo una de cada 10 personas que necesitan cuidados paliativos, recibe esa atención, y que aproximadamente una tercera parte de quienes necesitan cuidados paliativos tiene cáncer (2).

Cabe mencionar que, el paciente oncológico paliativo, es considerado como aquella “persona en cualquier etapa del ciclo vital con cáncer avanzado o terminal diagnosticado por médico especialista y/o comité oncológico” (3). Y la prevalencia de síntomas presentes incluye dolor, disnea, anorexia, baja de peso, náuseas, vómitos, estreñimiento, ansiedad, insomnio, depresión, fatiga, incontinencia, retención urinaria, fistulas, hemorragias, y linfedema (4).

Debido a ello, la profesión de enfermería busca identificar las respuestas humanas y establecer estrategias que contribuyan a la recuperación de la salud y el aumento del bienestar de la persona, familia y comunidad, para lo cual cuenta con una herramienta válida, llamada proceso de atención de enfermería (PAE), que se define como un método sistemático constituido por cinco etapas subsecuentes e interrelacionadas, las cuales son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación (5). En donde, la valoración, como primera etapa del proceso de atención de enfermería (PAE), es un proceso sistemático, planificado,

continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos que permiten determinar la situación de salud que está viviendo la persona mediante la identificación de respuestas humanas como el modo de responder, actuar, o de comportarse frente a dicha situación. En referencia a ello, algunos autores han señalado que si se diseña y se valida un instrumento de valoración de enfermería, teniendo en cuenta las teorías o modelos de enfermería, se favorecería al consenso en la terminología enfermera a emplear, contribuyendo a la definición y expansión del rol enfermero, a su vez facilita la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica (6).

Cabe resaltar que una teoría que nos acerca al paciente oncológico paliativo es la teoría del final tranquilo de la vida, de Cornelia M. Rulan y Shirley M. Moore, perteneciente a las teorías de rango medio, en esta teoría la estructura - contexto es la familia del paciente terminal y los cuidados por parte del profesional de enfermería con el fin de generar en el paciente la ausencia del dolor, sentir bienestar, dignidad y respeto, tranquilidad y proximidad con sus allegados; por lo que la presente teoría puede ser utilizada por parte de la comunidad profesional en enfermería oncológica con la finalidad de aplicarse en el proceso de atención de enfermería y mejorar la calidad del cuidado brindado al adulto oncológico paliativo (7).

Durante la práctica hospitalaria en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), evidenciamos que el servicio de cuidados paliativos y terapia del dolor cuenta con guías de intervención de enfermería en pacientes con quimioterapia, guía de procedimiento asistencial del mantenimiento del catéter venoso central, guía de procedimiento de limpieza y desinfección; más no cuenta con un instrumento de valoración al paciente adulto oncológico, la cual es necesaria para la identificación de respuestas humanas, da inicio al desarrollo subsecuente del proceso de atención de enfermería y, es fundamento del cuidado enfermero oncológico integral.

Por lo tanto surge la motivación de realizar este proyecto, pues cada vez es más necesario disponer de instrumentos en el ámbito de cuidados paliativos que se utilicen en la práctica clínica, por ello es imprescindible que los instrumentos se sometan a un proceso de

validación, el cual permite explorar en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado.

Finalmente este estudio pretende validar un instrumento de valoración de enfermería al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida en el servicio de cuidados paliativos y terapia del dolor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, con el propósito de que el resultado sirva para facilitar y fundamentar el cuidado enfermero oncológico integral.



## CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año se registran 14 millones de pacientes con cáncer y 8,2 millones de personas que mueren a nivel mundial, en donde más del 60 por ciento de los nuevos casos a nivel mundial se registran en África, Asia, América Central y Sudamérica, que a su vez representan el 70 por ciento de las muertes, según datos de 2012 recopilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que prevé que la incidencia de esta enfermedad aumente hasta un 70 por ciento para el año 2030, hasta los 22 millones de nuevos casos. A su vez, ha destacado la importancia de los cuidados paliativos ya que en más del 90 por ciento de estos enfermos puede aliviar sus problemas físicos, psicosociales e incluso espirituales (1).

De esta manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que “Los cuidados paliativos constituyen un modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias al afrontar los problemas asociados a enfermedades incurables mediante la prevención y el alivio del sufrimiento. Esto significa: identificación precoz, evaluación meticulosa y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”; refiere que aproximadamente una tercera parte de quienes necesitan cuidados paliativos tiene cáncer, y que actualmente solo una de cada 10 personas que necesitan cuidados paliativos, recibe esa atención, lo cual incluye atención de salud para aliviar el dolor, los síntomas y el estrés causados por enfermedades graves, así como mitigar el sufrimiento físico, psicosocial y emocional de los pacientes con enfermedades graves en fase avanzada y ayudar a los familiares de esas personas a cuidar de sus seres queridos. (2).

Cabe mencionar que, el paciente oncológico paliativo, es considerado como aquella “persona en cualquier etapa del ciclo vital con cáncer avanzado o terminal diagnosticado por médico especialista y/o comité oncológico” (3). Y la prevalencia de síntomas presentes incluye dolor, disnea, anorexia, baja de peso, náuseas, vómitos, estreñimiento, ansiedad, insomnio, depresión, fatiga, incontinencia, retención urinaria, fistulas, hemorragias, y linfedema (4).

Es así que, Enfermería Oncológica busca identificar las respuestas humanas y establecer estrategias que contribuyan a la recuperación de la salud y el aumento del bienestar de la persona y familia como parte de la prestación de cuidados paliativos, para lo cual cuenta con una herramienta válida, como es el proceso de atención de enfermería (PAE)(5). Donde la valoración, es la primera etapa de este proceso sistemático, planificado, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos que permiten determinar la situación de salud que está viviendo la persona mediante la identificación de respuestas humanas como el modo de responder, actuar, o de comportarse frente a dicha situación. Algunos autores han señalado que si se diseña y se valida un instrumento de valoración de enfermería, teniendo en cuenta las teorías o modelos de enfermería, se favorecería al consenso en la terminología enfermera a emplear, contribuyendo a la definición y expansión del rol enfermero, a su vez facilita la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica (6).

Cabe resaltar que el proyecto se sustenta en la teoría que nos acerca al paciente oncológico paliativo como el Final Tranquilo de la Vida, de Cornelia M. Rulan y Shirley M. Moore, porque se enfatiza en el contexto familiar del paciente terminal y los cuidados por parte del profesional de enfermería, con el fin de generar en el paciente la ausencia del dolor, considerando el dolor como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión potencial o real que expresa el paciente oncológico paliativo; sentir bienestar, referido como el alivio de molestias y síntomas, el estado de relajación, sueño y descanso y, prevenir riesgos/efectos adversos en el paciente oncológico paliativo; dignidad y respeto, expresado por el principio ético de autonomía, incluyendo el respeto y la satisfacción de las preferencias del paciente oncológico paliativo y su familia; tranquilidad, referido al sentimiento libre de ansiedad, preocupaciones, dudas y miedos sobre aspectos físicos, psicológicos y espirituales, y el conocimiento de su enfermedad que expresa el paciente oncológico paliativo; y, proximidad con sus allegados, que implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones familiares, relaciones interpersonales, y pertenencia a grupos de apoyo del paciente oncológico paliativo y su familia (7).

Sin embargo, la etapa de valoración de enfermería no siempre es llevada a cabo de manera sistemática en las unidades de cuidados paliativos; motivo por el cual durante la práctica hospitalaria en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), evidenciamos que se brinda una atención total mensual de 233 pacientes, de los cuales en el servicio de cuidados paliativos y terapia del dolor son atendidos pacientes adultos con una cifra de 203 personas y niños con una cifra de 30. Dicho servicio, cuenta con guías de intervención de enfermería en pacientes con quimioterapia, guía de procedimiento asistencial del mantenimiento del catéter venoso central, guía de procedimiento de limpieza y desinfección; pero no cuenta con un instrumento de valoración al paciente adulto oncológico, el cual es fundamento del cuidado enfermero oncológico integral, da inicio al desarrollo subsecuente del proceso de atención de enfermería y, es necesaria para la identificación de respuestas humanas, permitiendo la obtención de datos, la formulación del diagnóstico enfermero, y a partir de este proponer y llevar a cabo intervenciones de enfermería encaminadas hacia el cuidado enfermero oncológico integral de calidad.

Por dicha razón surge la motivación para la elaboración y diseño de un instrumento de valoración al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida, buscando la identificación de respuestas humanas en el paciente oncológico paliativo y por consiguiente mejorar y fundamentar el cuidado enfermero oncológico integral, y generar una calidad de vida en el paciente.

Cada vez es más necesario disponer de instrumentos en el ámbito de la salud que se puedan utilizar en la práctica clínica, por ello es imprescindible que los instrumentos sean sometidos a un proceso de validación, el cual permite explorar en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado; el proceso de validación se realiza mediante la comprobación de la validez del contenido, del criterio, del constructo y su confiabilidad (9).

### **1.1 Formulación del problema.**

El estudio pretende responder a la siguiente pregunta:

¿Es válido el instrumento de valoración en enfermería al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida en un instituto nacional de Octubre – Noviembre 2016?

### **1.2 Justificación.**

En nuestro país, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las 10 primeras causas de muerte de las enfermedades crónicas, precedida por las enfermedades cardiovasculares, y es la afección que más muerte produce en el adulto de 15 a 44 años y en el niño de 5 a 14 años; en la actualidad, 1 de cada 5 muertes se produce por esta entidad. Por lo que, se pretende validar el instrumento de valoración de enfermería al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida, determinando la validez del contenido, validez de criterio, validez de constructo y la confiabilidad; la valoración de enfermería oncológica que se realizará, será fundamental para intervenir mediante el proceso de atención de enfermería (PAE) en forma integral biopsicosocial y espiritual, involucrando a la familia y/o cuidador, lo cual permitirá facilitar y fundamentar el cuidado enfermero dirigido al paciente oncológico paliativo, siendo plasmados en los diagnósticos e intervención de enfermería en beneficio del paciente considerando que son más de 200 pacientes al mes que requieren ser valorados según respuestas humanas; además beneficiará a los profesionales de enfermería quienes son los que se encargan del cuidado directo en el servicio de cuidados paliativos y tratamiento del dolor. Asimismo, servirá para generar otras investigaciones que amplíen la temática de acuerdo a las recomendaciones que genere el estudio.

### **1.3 Viabilidad**

Se cuenta con el interés y apoyo para realizar el trabajo de investigación, por parte del servicio de cuidados paliativos y tratamiento del dolor a cargo de la enfermera jefe, por la

jefatura del departamento de enfermería Dra. Melita Cosme, y de la jefatura institucional a cargo de la Dra. Tatiana Vidaurre Rojas, quienes consideran importante contar con un instrumento de valoración al paciente oncológico paliativo.

#### **1.4 Factibilidad**

Se cuenta con la disposición económica en recursos y logística de los investigadores, por lo tanto será viable el trabajo de investigación.

## **CAPÍTULO II. PROPÓSITO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **2.1 Propósito**

La investigación generará un instrumento de valoración de enfermería para el paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida que permita valorar, holísticamente, respuestas humanas de cada paciente, abordando la ausencia del dolor, sentir bienestar, dignidad y respeto, tranquilidad y proximidad con sus allegados, instaurándose como herramienta para estandarizar el cuidado de enfermería oncológica, lo cual beneficiará al paciente oncológico paliativo al recibir un cuidado integral de calidad, y aportará al crecimiento del cuerpo de conocimientos de la disciplina de enfermería al permitir al profesional comprender que, para brindar un cuidado integral y específico es necesario partir de la identificación de respuestas humanas no solo físicas sino en forma holística, y aún más cuando se trata del paciente oncológico paliativo, que atraviesa por una etapa crucial del final de la vida en compañía de su familia.

### **2.2 Objetivo general**

Validar un instrumento de valoración en enfermería al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida en un instituto nacional, Octubre - Noviembre 2016.

### **2.3 Objetivos específicos**

1. Determinar la validez del contenido del instrumento de valoración en enfermería al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida.
2. Determinar la Validez de criterio del instrumento de valoración en enfermería al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida.

3. Determinar la Validez de constructo del instrumento de valoración en enfermería al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida.
4. Determinar la confiabilidad del instrumento de valoración en enfermería al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida.

## CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

### 3.1. Antecedentes.

- De Oliveira P., Pinto M. (2012, Brasil) en su estudio “Validación de las características definidoras del diagnóstico de enfermería Fatiga, en pacientes oncológicos”, presenta como objetivo validar las características definidoras del diagnóstico de enfermería fatiga en pacientes adultos oncológicos. Se trata de un estudio transversal y descriptivo, en una perspectiva cuantitativa, del tipo validación de contenido diagnóstico (10).
- Gonzales O. 2014, (Colombia) realizó un estudio “Validez y confiabilidad del instrumento Percepción de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería”, de tipo descriptivo metodológico, que desarrolló pruebas psicométricas del instrumento en tres fases: en la primera fase se realizó una prueba piloto para evaluar qué tan claros y comprensibles eran los ítems del instrumento; en la segunda fase, se realizó la validez mediante juicio de expertos, y en la tercera y última fase, se aplicaron las pruebas de validez de constructo y confiabilidad, para lo cual se contó con una muestra de 320 pacientes. Para la validez de constructo se aplicó el análisis factorial exploratorio debido a que en las mediciones anteriores el constructo solo tenía un soporte teórico y faltaba el estadístico, y para la confiabilidad, se calculó el alfa de Cronbach. Tuvo como resultados un índice de acuerdo de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por el grupo de expertos (11).
- Vargas C., Hernández L. (2010, Colombia) realizaron el estudio “Validez y confiabilidad del cuestionario: Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto”, investigación metodológica, con un cuestionario conformado por 32 ítems, en donde la validez de contenido mediante juicio de expertos reportó un puntaje de 0,88, se realizó prueba piloto para determinar posibles ajustes, luego se realizó la prueba de validez de constructo que determinó 12 ítems que tenían mayor correlación, y finalmente se estimó la confiabilidad del cuestionario



de 32 ítems que presentó alfa de Cronbach de 0,59 y del cuestionario de 12 ítems que presentó alfa de Cronbach de 0,68, considerándose este último un puntaje aceptable y bueno en los primeros estudios de validación de un instrumento (12).

- López M., Jiménez M. (2012, México) realizó un estudio “Formato de Registros Clínicos de Enfermería del Servicio de Urgencias de Hospitales de Segundo Nivel”, tuvo como resultado que el 95% consideró excelente la utilización de manejar un formato con estructura específica, que permita un lenguaje común entre los profesionales de enfermería; considerando las ventajas mencionaron, fácil manejo una vez conocido el proceso, permite evidenciar en su totalidad las acciones realizadas por enfermería, siendo registrados con facilidad, evita o la duplicidad de frases, fácil interpretación por los demás profesionales de la salud, así con fundamentación científica de las acciones, favoreciendo el uso de las nuevas investigaciones de enfermería como son los resultados e intervenciones de enfermería estandarizados (NOC y NIC) y sus categorías diagnósticas NANDA. (13).
- Domínguez C., y colaboradores (2012, Colombia) realizaron una investigación denominada “Validación de un formato para algunos diagnósticos de enfermería de interés en la familia” Para determinar la validez del formato de tamizaje se calcularon las características psicométricas que indicaban su validez de criterio, el instrumento de tamizaje resultó ser un instrumento válido para las etiquetas diagnósticas de NANDA-I incluidas en el estudio. Se alcanzó una buena validez de criterio (14).
- Cupé A., García C. (2012, Perú) realizaron un estudio “Validación de un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas iniciales de la provincia de Lima”, para la obtención del tamaño de la muestra en la etapa de constructo y confiabilidad se utilizó la fórmula de estimar una proporción, se seleccionó al azar 3 distritos de Lima Metropolitana: Cercado de Lima, el distrito de Puente Piedra, y el distrito de Villa María del Triunfo, se obtuvo como resultado una validez de constructo menor de 0.36 mediante la prueba estadística de análisis factorial, se evaluó la confiabilidad de los resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach, la reproducibilidad se evaluó con una

muestra de 30 diferente a la muestra seleccionada para el constructo, en donde luego de aplicada la primera encuesta (n=20 preguntas), se volvió a aplicar la misma a los 15 días, pero cambiando el orden de las preguntas para evitar el sesgo de memoria (fiabilidad test-retest), fiabilidad que luego fue calculada con el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI); por lo que concluyeron que el instrumento es seguro y confiable en la medición de los conocimientos sobre salud bucal en los padres de familia de niños que asisten al nivel inicial (15).

## **3.2. Base Teórica.**

### **3.2.1 Cáncer**

El cáncer es una enfermedad promovida por la transformación de células normales en células incapaces de controlar su crecimiento, provocada por alteraciones en la secuencia o expresión del ADN en el material genético llamados mutaciones. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes (16).

El Cáncer es un problema de salud a nivel mundial. Cada año se registran 14 millones de nuevos casos de cáncer y 8,2 millones de muertes a nivel mundial, en donde más del 60 por ciento de los nuevos casos a nivel mundial se registran en África, Asia, América Central y Sudamérica, que a su vez representan el 70 por ciento de las muertes, según datos de 2012 recopilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que prevé que la incidencia de esta enfermedad aumente hasta un 70 por ciento para el año 2030, hasta los 22 millones de nuevos casos. El aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población son los factores más importantes. Esta enfermedad varía geográficamente de un país a otro e incluso varía entre una región y otra, por lo tanto los registros de cáncer de base poblacional, son esenciales ofreciendo data real sobre los patrones de la enfermedad, los que permiten tomar decisiones sobre políticas de salud, en un esfuerzo de disminuir la mortalidad y el sufrimiento de la población. Por ello, la OMS ha destacado la importancia de los cuidados

paliativos ya que en más del 90 por ciento de estos enfermos puede aliviar sus problemas físicos, psicosociales e incluso espirituales (1).

En nuestro país, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las 10 primeras causas de muerte de las enfermedades crónicas, precedida por las enfermedades cardiovasculares, y es la afección que más muerte produce en el adulto de 15 a 44 años y en el niño de 5 a 14 años; en la actualidad, 1 de cada 5 muertes se produce por esta entidad. Asimismo para el quinquenio 2007-2011, se observó una tendencia levemente ascendente del número de defunciones estimadas por cáncer a nivel nacional con un pico el año 2008. Este comportamiento es similar tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino y podría explicarse por el incremento de la incidencia de los cánceres, el crecimiento poblacional, el envejecimiento poblacional, etc. Por lo tanto se requiere un cambio de paradigma para afrontarlo en forma efectiva, considerando este mal dentro del concepto global de salud. Su control requiere incluir diferentes elementos e integrarse en un solo modelo sanitario, y deben tomarse en cuenta los determinantes sociales de la salud, la epidemiología basada en factores de riesgo, las neoplasias como una enfermedad genético molecular y los fenómenos socioculturales de signos y los significados de la enfermedad contruidos por la propia sociedad. En los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos (16).

### **3.2.2. Cuidados paliativos**

La OMS define que “Los cuidados paliativos constituyen un modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias al afrontar los problemas asociados a enfermedades incurables mediante la prevención y el alivio del sufrimiento. Esto significa: identificación precoz, evaluación meticulosa y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”. A su vez, la OMS refiere que aproximadamente una tercera parte de quienes necesitan cuidados paliativos tiene cáncer, el resto padece enfermedades degenerativas que afectan al corazón, los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro, o

enfermedades crónicas o potencialmente mortales, como la infección por VIH y la tuberculosis farmacorresistente, y que actualmente solo una de cada 10 personas que necesitan cuidados paliativos, recibe esa atención, lo cual incluye atención de salud para aliviar el dolor, los síntomas y el estrés causados por enfermedades graves, así como mitigar el sufrimiento físico, psicosocial y emocional de los pacientes con enfermedades graves en fase avanzada y ayudar a los familiares de esas personas a cuidar de sus seres queridos. (2).

### **3.2.3 Enfermería oncológica**

El desarrollo de una Enfermería con visión de futuro debe traspasar también a la enfermería oncológica, estableciéndose un nuevo y gran proyecto con una estructura integral, que no solo incluye al personal de Enfermería de primera línea en las áreas de atención hospitalizada y ambulatoria, sino que además debe incorporar el soporte y apoyo al paciente y su familia en todo momento, es decir, desde el diagnóstico hasta su salida del sistema, cualquiera sea la condición de esta salida.

Es así que, la Sociedad Española de Enfermería Oncológica define la práctica de la enfermería oncológica como la prestación de servicios de enfermera (o) profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, en todo el proceso salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal. Para ello, la enfermera oncológica desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permite identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución biopsicosocial y espiritual del paciente. Por lo que la misión en los servicios de enfermería oncológica es la prestación del cuidado de la salud mediante un enfoque holístico e interdisciplinario, debido a que el cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, tanto por sus altas tasas de incidencia y mortalidad, como por la discapacidad que produce (8).

Debido a ello, la profesión de enfermería busca identificar las respuestas humanas y establecer estrategias que contribuyan a la recuperación de la salud y el aumento del bienestar de la persona, familia y comunidad, para lo cual cuenta con una herramienta válida, llamada

proceso de atención de enfermería (PAE), que se define como un método sistemático constituido por cinco etapas subsecuentes e interrelacionadas, las cuales son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente, permitiendo la obtención de datos, la formulación del diagnóstico enfermero, y a partir de este proponer y llevar a cabo intervenciones de enfermería encaminadas hacia el logro de una meta con lo que será evaluada su efectividad. Este método ha dotado a enfermería de un lenguaje propio y estandarizado para comunicar sus acciones y hace parte de la evidencia que da solidez al ejercicio profesional (5).

Cabe mencionar que, la valoración, como primera etapa del proceso de atención de enfermería (PAE), es un proceso sistemático, planificado, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos que permiten determinar la situación de salud que está viviendo la persona mediante la identificación de respuestas humanas como el modo de responder, actuar, o de comportarse frente a dicha situación. Algunos autores han señalado que si se diseña y se valida un instrumento de valoración de enfermería al paciente oncológico, teniendo en cuenta las teorías o modelos de enfermería, se favorecería al consenso en la terminología enfermera a emplear, contribuyendo a la definición y expansión del rol enfermero, a su vez facilita la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica (6).

### **3.2.4 Paciente oncológico paliativo**

Cabe mencionar que, el paciente oncológico paliativo, es considerado como aquella “persona en cualquier etapa del ciclo vital con cáncer avanzado o terminal diagnosticado por médico especialista y/o comité oncológico” (3). Y la prevalencia de síntomas presentes incluye dolor, disnea, anorexia, baja de peso, náuseas, vómitos, estreñimiento, ansiedad, insomnio, depresión, fatiga, incontinencia, retención urinaria, fistulas, hemorragias, y linfedema (4).

### 3.2.5 Teoría del final tranquilo de la vida en paciente oncológico paliativo (7)

Las teóricas Cornelia M. Rulan y Shirley M. Moore, resalta que el concepto importante para la investigación y la práctica de enfermería en el cuidado del final tranquilo de la vida es la calidad de vida, que se define y evalúa como una manifestación de la satisfacción mediante la evaluación empírica de criterios como el alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales, la incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud se considera apropiada y necesaria para conseguir desenlaces satisfactorios.

En la teoría del final tranquilo de la vida, la estructura – contexto es el sistema familiar, (el paciente terminal y sus allegados) que está recibiendo cuidados de los profesionales en una unidad hospitalaria, y el proceso se define como las intervenciones de enfermería dirigidas a promover los siguientes criterios de valoración en el paciente: ausencia del dolor, sentir bienestar, sentir dignidad y respeto, sentirse en paz, y sentir la proximidad de los allegados y los cuidadores, las cuales contribuyen al final tranquilo de la vida.

#### **Conceptos y afirmaciones de la teoría:**

- A. Ausencia de dolor:** la parte fundamental de la experiencia del final de la vida de muchos pacientes es estar libre de dolor el cual se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión potencial o real. Por lo que las intervenciones de enfermería estarán dirigidas a monitorizar y administrar el alivio del dolor aplicando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.
- B. Experiencia de bienestar:** El bienestar se define de forma general, como “alivio de la molestia y síntomas, el estado de relajación, sueño y descanso y, prevenir riesgos/efectos adversos”, por lo que las intervenciones de enfermería estarán dirigidas a prevenir, monitorizar y aliviar las molestias físicas, facilitar el descanso, la relajación y la satisfacción, y prevenir complicaciones.
- C. Experiencia de dignidad y respeto:** todo paciente terminal se “respeto y se aprecia como un ser humano” (Ruland y Moore, 1998, p.172). Este concepto incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto y

satisfacción de las preferencias de los pacientes sobre los cuidados de salud, que establece que las personas deben tratarse como entes autónomos, y que las personas con autonomía reducida tienen derecho a protección. Por lo que las intervenciones de enfermería estarán dirigidas a incluir al paciente y a los seres queridos en la toma de decisiones, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, y estar atento a los deseos y preferencias expresadas por el paciente.

**D. Estado de tranquilidad/paz:** la tranquilidad es un sentimiento de calma, armonía y libre de ansiedad, preocupaciones, dudas y miedo sobre aspectos físicos, psicológicos y espirituales. Por lo que las intervenciones de enfermería estarán dirigidas a ofrecer apoyo emocional, monitorizar y satisfacer las necesidades de ansiolíticos del paciente, inspirar confianza, ofrecer al paciente y seres queridos orientación en cuestiones prácticas, y ofrecer asistencia física de otro cuidador si se desea.

**E. Proximidad de los allegados:** la proximidad es el sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan, implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones familiares, relaciones interpersonales, y pertenencia a grupos de apoyo. Por lo que las intervenciones de enfermería estarán dirigidas a facilitar la participación de los seres queridos en los cuidados al paciente, atender la tristeza, las cuestiones de los seres queridos, y facilitar oportunidades para la cercanía de la familia.

### **Principales supuestos**

1. Los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del final tranquilo de la vida son personales e individuales.
2. El cuidado de enfermería es crucial para crear una experiencia del final tranquilo de la vida. Las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan la experiencia del final de la vida de la persona e interviene de la manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena, aunque el moribundo no pueda expresarse verbalmente.

## **Supuestos implícitos**

1. La familia, un término que incluye a todos los allegados, es una parte importante del cuidado del final tranquilo de la vida.
2. El objetivo del cuidado del final tranquilo de la vida no es optimizar el cuidado en el sentido en que debe ser el mejor tratamiento, excesivo y más avanzado tecnológicamente, sino maximizar el tratamiento, es decir proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.

### **3.2.6 Criterios de valoración al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida**

- A. Datos generales.** Incluye datos del paciente oncológico paliativo referentes a su nombre, sexo, edad, peso, talla, IMC, tipo de patología, tratamiento oncológico paliativo recibido, lugar de nacimiento y procedencia, grado de escolaridad, ocupación, estado civil, estrato económico, N° de hijos y, nombre y N° contacto de cuidador principal.
- B. Dolor oncológico.** El dolor es la causa más frecuente de consulta médica. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. En el momento del diagnóstico de una neoplasia, entre el 30-50% de los pacientes presentan dolor, que en las fases avanzadas de la enfermedad puede llegar al 70-90%. En los pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tienen su origen en la progresión de la propia neoplasia, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas. Para una correcta valoración del dolor es conveniente conocer su clasificación, según su duración, manifestándose como dolor agudo cuando es limitado en el tiempo, menor a seis meses, y como crónico cuando es ilimitado en su duración, mayor a seis meses; según las características del dolor, manifestándose como difuso,



punzante, compresivo, quemante e irradiante; según el curso del dolor, manifestándose como continuo, cuando se presenta persistente a lo largo del día y no desaparece, irruptivo, cuando se presenta exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable, e incidental, si se presenta inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente. Su intensidad puede ser evaluada mediante el uso de la escala EVA (17).

**C. Sentir bienestar.** Se evalúa la ausencia de otros síntomas y efectos secundarios, la relajación, sueño y descanso, y la prevención de riesgos y complicaciones, determinado mediante la valoración neurológica incluyendo la orientación en tiempo, espacio y persona, el deterioro del proceso del pensamiento, el deterioro sensorial, el estado verborreico, alucinaciones, dificultad para tomar decisiones, escala de Glasgow. Valoración de la alimentación mediante la nutrición enteral total (NET), la nutrición parenteral total (NPT), necesidad de ayuda para la alimentación, en NPO o tipo de dieta y alimentos no permitidos. Valoración de piel, mucosas y anexos mediante temperatura corporal, características de la piel, edemas, lesiones, presencia de herida quirúrgica y características; presencia de acceso venoso, tipo, y fecha de apertura y cambio, escala de Braden de riesgo de úlceras por presión, contextura del paciente, contextura del paciente. Valoración de respiración mediante frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, uso de dispositivos de oxigenoterapia, uso de músculos accesorios, disnea, tos, ruidos agregados. Valoración de circulación mediante frecuencia cardíaca, presión arterial, tipo de pulso. Valoración del abdomen y digestión mediante la presencia de sondas y su fecha de apertura y de cambio, características del abdomen, y presencia de ruidos hidroaéreos. Valoración genitourinaria y eliminación, mediante presencia de náuseas, vómitos (características y N° de veces), necesidad de ayuda para la eliminación, características de la orina, características de la deposición, presencia de disfunción sexual, de deseo sexual, y problemas de identidad sexual. Valoración de actividad/movilidad mediante reposo, deambulación, y fuerza muscular. Valoración de la relajación/sueño/descanso mediante tipo de sueño. Valoración de necesidad de ayuda para la vestimenta y la higiene.

- D. Dignidad y respeto.** Valoración de las preferencias del paciente, mediante grado de apetito, alimentos que no desea, medio de comunicación, idioma, maniobras de resucitación, acepta transfusiones sanguíneas; conexiones con arte, música, literatura, danza, expresa deseo de abrazo y contacto físico.
- E. Tranquilidad.** Mediante la valoración psicológica como el concepto de sí mismo, sensación de fracaso, tipo de conducta, aceptación de imagen corporal, respuesta al estrés, actitud frente al tratamiento, adaptación al sistema hospitalario, fobias, miedos, esperanzas; la valoración espiritual como religión que profesa, solicitud de apoyo espiritual; y sobre sus conocimientos sobre su enfermedad, tratamiento que recibe, y si requiere educación sanitaria.
- F. Proximidad con sus allegados.** Mediante la valoración de las relaciones familiares como con quien vive, aceptación de la familia, relación con la familia, problemas familiares, violencia familiar. Valoración de las relaciones interpersonales mediante relación con el personal, y valoración de pertenencia a grupos de apoyo, mediante tipo de fuentes de apoyo del paciente y tipos de fuentes de apoyo del familiar.

### **3.2.7 Validación de instrumentos en salud(9)**

Cada vez es más necesario disponer de instrumentos de medida en el ámbito de la salud que se puedan utilizar en la práctica clínica e investigación. Para garantizar la calidad de su medición es imprescindible que los instrumentos sean sometidos a un proceso de validación. Este proceso consiste en adaptar culturalmente un instrumento al medio donde se quiere administrar y comprobar sus características psicométricas como: validez y confiabilidad.

La validez explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado. La validez es una pieza clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada. Puede estimarse de diferentes maneras cómo son la validez de contenido, validez de criterios y validez de constructo. Cada una de ellas proporciona evidencias a la validación global del instrumento.

**A. Validez de contenido:** se obtiene mediante el grado en el que los ítems parecen medir lo que se propone, asegura que los ítems del instrumento sean adecuados. Consiste en que algunas personas expertas, digan si consideran relevantes los ítems incluidos en un instrumento.

La validez de contenido se da por el criterio de jueces aplicando como análisis estadísticos: La prueba Binomial y el coeficiente V de Aiken. La prueba binomial, es utilizada para la evaluación de las respuestas, una vez que obtenido las respuestas de ocho jueces como mínimo se procede a la evaluación cualitativa y cuantitativa de las mismas. La evaluación cualitativa consiste en considerar todas las sugerencias, aportes que han escrito los jueces en el instrumento; ello ayuda al investigador a mejorar las preguntas del cuestionario, y de ser necesario eliminar aquellas que no tienen relación con la dimensión/variable que se está midiendo. La evaluación cuantitativa es más general pues valora al instrumento en su totalidad cubriendo diferentes aspectos como son la coherencia con los objetivos, su estructura y comprensibilidad, es donde se usa la prueba binomial, propiamente dicha.

**B. Validez de criterio:** se obtiene mediante el grado de correlación entre el instrumento y otra medida de la variable a estudio que sirva de criterio o de referencia. Cuando hay una medida de criterio aceptada por investigadores del campo se le llama estándar o regla de oro y los nuevos instrumentos que miden el mismo concepto se comparan con esa medida. Sin embargo, cuando no existen medidas previas que puedan considerarse como medida estándar, la validez de criterio se mide buscando otro instrumento que sirva de medida comparable, el cual debe estar validado en el idioma que se está validando el nuevo instrumento.

**C. Validez de constructo:** se obtiene mediante el grado en el que el instrumento mide la dimensión para la que fue diseñada. Esta validez determina la relación del instrumento con la teoría y la conceptualización teórica. El proceso para medir la validez de constructo empieza definiendo una dimensión o tema, indicando la estructura interna de sus componentes. Por lo regular, se usan pruebas estadísticas de inferencia sobre

diferencias tales como la prueba *t de Student* para grupos independientes. Si grupos diferentes presentan puntuaciones medias significativamente diferentes entonces el instrumento logra capturar adecuadamente las distintas magnitudes del atributo medido.

**D. Confiabilidad:** es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones, evalúa el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir. Un instrumento es confiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares, y se puede estimar por cuatro medios: la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía interjueces. El método utilizado depende de la naturaleza del instrumento. La consistencia interna mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos. Este método es el más utilizado para medir la fiabilidad de los instrumentos.

Existen diferentes procedimientos técnicos para la estimación de la consistencia interna, siendo el test y re-test es uno de ellos. *Test - Retest* cual se define como la técnica para estimar la confiabilidad de un instrumento, consiste en administrar el mismo test en dos ocasiones diferentes separadas por cierto lapso de tiempo a una misma muestra de sujetos. Luego se debe calcular el coeficiente de correlación de alfa de Cronbach entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las dos ocasiones. Este método evalúa la estabilidad de los resultados a través de cierto tiempo.

## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1 Diseño del estudio**

Teniendo en cuenta el problema a estudiar, se define que nuestro estudio será de diseño descriptivo, porque nos permitirá observar y detallar el fenómeno en condiciones naturales de la realidad. De tipo transversal, porque nos permitirá analizar el fenómeno en un período de tiempo corto. De enfoque Cuantitativo, porque se utilizará la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación.

### **4.2 Área de estudio**

El estudio se realizará en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, que es un organismo público ejecutor del sector salud, perteneciente al Ministerio de Salud. Se encuentra ubicado en Av. Angamos Este 2520 - Surquillo - Lima – Perú, y consta de un volumen principal de 7 pisos de altura con un sótano destinado a la parte administrativa y una serie de módulos estructuralmente independientes entre sí de menor altura, donde funcionan una serie de servicios.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas cuenta con el servicio de cuidados paliativos y tratamiento de dolor, servicio que cuenta con la asistencia de médicos especialistas, enfermeras oncólogas y personal técnico capacitado en el área de oncología.

### **4.3 Población y muestra**

#### **Población**

La población de estudio estará conformada por de 233 pacientes oncológicos paliativos que constituyen el promedio de atención mensual en el servicio de medicina paliativa y tratamiento del dolor

## Muestra

La muestra estará conformada por 145 pacientes oncológicos paliativos, determinada por la siguiente fórmula muestral (Anexo 6)

$$n = \frac{Z^2 \cdot Pe \cdot Qe}{E^2}$$

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

### Criterios de inclusión:

- Paciente oncológico paliativo adulto y de ambos sexos.
- Pacientes oncológicos paliativos que acudan al servicio de medicina paliativa y tratamiento del dolor.
- Paciente oncológico paliativo que acepte participar en el estudio de investigación de forma voluntaria y que acepten firmar el consentimiento informado.

### Criterio de exclusión:

- Pacientes oncológicos paliativos pediátricos.
- Paciente oncológico paliativo que no acepte participar en el estudio de investigación.

#### 4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	CONCEPTO	Indicadores
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  <b>VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO</b>	Es la identificación de respuestas humanas en el paciente oncológico paliativo según la teoría del final tranquilo de la vida.	<b>Ausencia del dolor</b>	La parte fundamental de la experiencia del final tranquilo de la vida de muchos pacientes, es estar libre de dolor, el cual se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión potencial o real que expresa el paciente oncológico paliativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala Visual Analógica</li> <li>• Duración del dolor</li> <li>• Características del dolor</li> <li>• Curso del dolor</li> <li>• Localización del dolor</li> </ul>
		<b>Sentir bienestar</b>	El sentir bienestar se define como ausencia de otros síntomas y efectos secundarios; relajación, sueño y descanso, y prevención de riesgos y complicaciones en el paciente oncológico paliativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración neurológica</li> <li>• Valoración de la alimentación</li> <li>• Valoración de piel, mucosas y anexos</li> <li>• Valoración de respiración.</li> <li>• Valoración de circulación</li> <li>• Valoración del abdomen y digestión</li> <li>• Valoración genitourinaria y eliminación,</li> <li>• Valoración de actividad/movilidad</li> <li>• Valoración de la relajación/sueño/descanso.</li> <li>• Valoración de necesidad de ayuda para el autocuidado</li> </ul>

		Dignidad y respeto	Expresado por el principio ético de autonomía, incluyendo el respeto y la satisfacción de las preferencias del paciente oncológico paliativo y su familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de las preferencias del paciente, mediante grado de apetito, alimentos que no desea, medio de comunicación, idioma, aceptar o no maniobras de resucitación o transfusiones sanguíneas, conexiones con arte, música, literatura, danza, y expresar deseo de abrazo y contacto físico.</li> </ul>
		Tranquilidad	Sentimiento libre de ansiedad, preocupaciones, dudas, miedo sobre aspectos físicos, psicológicos y espirituales, y el conocimiento de su enfermedad que expresa el paciente oncológico paliativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración psicológica: como el concepto de sí mismo, sensación de fracaso, tipo de conducta, aceptación de imagen corporal, respuesta al estrés, actitud frente al tratamiento, adaptación al sistema hospitalario, fobias, miedos, esperanzas.</li> <li>• Valoración espiritual como religión que profesa, solicitud de apoyo espiritual.</li> <li>• Valoración de conocimientos sobre su enfermedad, tratamiento que recibe, y si requiere educación sanitaria</li> </ul>
		Proximidad con sus allegados	Sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan e implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones familiares e interpersonales afectuosas en el paciente oncológico paliativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de las relaciones familiares como con quien vive, aceptación de la familia, relación con la familia, problemas familiares, violencia familiar.</li> <li>• Valoración de las relaciones interpersonales mediante relación con el personal</li> </ul>



				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de pertenencia a grupos de apoyo, mediante tipo de fuentes de apoyo del paciente y tipos de fuentes de apoyo del familiar.</li> </ul>
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICION	<p>La validez explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado. La validez es una pieza clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada. Puede estimarse de diferentes maneras cómo son la validez de contenido, validez de criterios y validez de constructo. Cada una de ellas proporciona evidencias a la validación global del instrumento.</p>	Contenido	<p>La validez de contenido evalúa de manera cualitativa si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir, ya que se considera que un instrumento es válido en su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto que mide<sup>1</sup>. Para ello es necesario tener una idea clara de los aspectos conceptuales que se van a medir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juicio de expertos de contenido</li> </ul>
		Constructo	<p>La validez de constructo se entiende como el grado en el que un instrumento mide la dimensión evaluativa bipolar para la que fue diseñada. En este sentido se relaciona con la coincidencia de medida con otros instrumentos que midan la misma dimensión. Esta validez determina la relación del</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juicio de expertos de constructo</li> <li>• T de student</li> </ul>

			instrumento con la teoría y la conceptualización teórica.	
		Criterio	Validez de criterio es el grado de correlación entre un instrumento y otra medida de la variable a estudio que sirva de criterio o de referencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juicio de expertos de criterio: relación con instrumentos validados</li> </ul>
		Confiabilidad	<p>Es la consistencia de los resultados.</p> <p>En el análisis de la confiabilidad se busca que los resultados de un cuestionario concuerden con los resultados del mismo cuestionario, si esto ocurre se puede decir que hay un alto grado de confiabilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test - retest</li> <li>• Alfa De Cronbach</li> </ul>

#### **4.5 Instrumento de recolección de datos**

La técnica para la recopilación de datos será la encuesta, el instrumento a utilizar será el cuestionario titulado “valoración de enfermería al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida” elaborado por los investigadores para los fines de este estudio (Anexo 2).

En el primer capítulo se indagará los datos generales del paciente oncológico paliativo en relación a las características sociodemográficas (incluye los ítems de la pregunta 1), en el segundo capítulo se indagará la ausencia del dolor en relación a la valoración del dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA), duración, características, curso y localización del dolor (incluye los ítems de la pregunta 2), en el tercer capítulo se indagará el sentir bienestar mediante la valoración neurológica, de alimentación, piel y mucosas, respiración, circulación, abdomen y digestión, genitourinaria y eliminación, actividad/movilidad, relajación/sueño/descanso, y de necesidad de ayuda para el autocuidado (ítems del 3 al 11), en el cuarto capítulo se indagará la dignidad y respeto referente a la valoración de las preferencias del paciente, mediante grado de apetito, alimentos que no desea, medio de comunicación, idioma, aceptar o no maniobras de resucitación o transfusiones sanguíneas, conexiones con arte, música, literatura, danza, y expresar deseo de abrazo y contacto físico (ítems de la pregunta 12), en el quinto capítulo se indagará sobre la tranquilidad referente a la valoración psicológica, espiritual y de conocimientos de su enfermedad (ítems del 13 al 17), y finalmente se indagará el sexto capítulo sobre proximidad a los allegados referente a la valoración de las relaciones familiares, relaciones interpersonales, y de pertenencia a grupos de apoyo (ítems de la pregunta 18).

Se realizará una prueba piloto que constará de 20 pacientes oncológicos paliativos que no formarán parte de la muestra. Las personas encuestadas en la prueba piloto no serán parte de la muestra para el estudio definitivo. Las personas encuestadas en la prueba piloto deberán tener las mismas características (datos generales), pero al mismo tiempo deben representar la máxima heterogeneidad de la población -diferentes estratos- para lograr heterogeneidad en las respuestas que puedan dar.

Así como el instrumento será sometido al proceso de validación, con la participación de 10 jueces expertos conformado por un grupo de licenciadas en enfermería del servicio de cuidados paliativos y terapia del dolor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, una vez seleccionados los jueces expertos se les enviará una carta, la operacionalización de variables y un formato de evaluación del instrumento; se logrará la validez del contenido, constructo y criterio por medio de la prueba binomial.

Posteriormente se realizará la confiabilidad, utilizando la prueba de test y re- test, y alfa de Cronbach.

#### **4.6 Plan de recolección de datos**

- Después de haber obtenido la autorización de comité de ética de la UPCH y del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Se coordinará con la enfermera jefe del Servicio de cuidados paliativos y tratamiento de dolor para informarle las características de la investigación, la forma de recojo de información y establecer el cronograma de la aplicación del instrumento.
- Se verificará las historias clínicas y se seleccionará a los pacientes oncológicos paliativos que cumplan los criterios de selección.
- Se informará de manera individual sobre el propósito, objetivo, metodología y consideraciones éticas.
- Se entregará la hoja de consentimiento informado a los pacientes oncológicos paliativos (Anexo 1)
- Las investigadoras aplicarán el cuestionario de 10 minutos de duración en promedio.

#### **4.7 Procesamiento y análisis de datos**

Los datos se codificarán de forma automatizada, previo control de calidad del cuestionario, para lo cual se elaborará una base de datos en el programa informático SPSS versión 20.0. Excel 2010.

Los datos serán analizados en forma de frecuencias y de manera porcentual, en forma univariada y bivariada para los cruces de variables. Los resultados se presentarán en tablas y gráficos.

Los resultados del juicio de expertos, de cada tipo de validez, serán ingresados a la matriz de datos correspondiente (Anexo 4). La validez será evaluada mediante la prueba binomial. Un valor de significancia estadística inferior a 0.05 ( $p < 0.05$ ) será evidencia de validez del instrumento, según el criterio de evaluación (contenido, constructo y criterio).

La confiabilidad será evaluada mediante la técnica test – retest, utilizando una prueba piloto a 20 pacientes, a quienes se le aplicará el instrumento, en dos momentos, luego se correlacionan los resultados. Un valor de significancia estadística de la correlación, utilizando la prueba T de student (Anexo 5), inferior a 0.05 ( $p < 0.05$ ) será evidencia de confiabilidad del formato, es decir, el instrumento, presenta estabilidad de las medidas tomadas en el tiempo.

## V. CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS

### 5.1 Consideraciones éticas

El presente estudio tendrá en consideración los 4 principios bioéticos que protegen los derechos de la persona, de la siguiente manera:

1. El principio de autonomía establece que los pacientes oncológicos paliativos atendidos en el servicio de cuidados paliativos y terapia del dolor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, serán libres de decidir si participan o no del estudio y a su vez tendrán que firmar la hoja de consentimiento informado (Anexo 1) donde se le ofrece al participante la información suficiente para tomar una decisión razonada acerca de los posibles beneficios y costos de su participación sin ningún tipo de abuso.
2. En el principio de no maleficencia, se protegerá la integridad de los participantes y se explicará a los participantes que no se producirán consecuencias negativas ni ningún daño físico producto de la aplicación del instrumento.
3. El principio de beneficencia contempla que se beneficiará a los pacientes puesto que las respuestas humanas identificadas serán plasmadas en el diagnóstico y por consiguiente en las intervenciones de enfermería en beneficio del paciente. A su vez el personal de enfermería que participe en el estudio se beneficiará con la obtención de una herramienta validada para la mejora del trabajo profesional en el servicio de cuidados paliativos y terapia del dolor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
4. En el principio de justicia se mantendrá la identidad de cada participante en privado y la información será confidencial y solo será manejado por los investigadores.

## 5.2 Consideraciones administrativas

### Recursos humanos

#### Investigadoras:

- García Heredia, Miriam Stephanie
- Munayco Mendieta, Juan Roberto.

#### Asesora:

- Mg. Aurora Marlene Giraldo Giraldo

### Presupuesto

El financiamiento será asumido por los investigadores.

<b>PERSONAL</b> Personal para procesamiento de dato	TOTAL S/. 300.00
<b>Subtotal</b>	<b>S/. 300.00</b>
<b>SERVICIOS</b> Teléfono Internet Fotocopias Transporte (pasajes) Impresiones Anillados	S/. 200.00 S/. 300.00 S/. 300.00 S/. 220.00 S/. 350.00 S/. 5.00
<b>Subtotal</b>	<b>S/. 1375.00</b>
<b>MATERIAL DE ESCRITORIO</b> Hojas Bond Lapiceros Borrador Líquido Fólder Manila (5) CDs Otros	S/. 18.00 S/. 20.00 S/. 9.00 S/. 2.00 S/. 3.00 S/. 20.00
<b>Subtotal</b>	<b>S/. 72.00</b>
<b>OTROS</b> Imprevistos	S/. 100.00
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>S/. 1847.00</b>

### CRONOGRAMA

	2015								2016																																			
	NOV.				DIC.				ENER				FEBR.				MARZ				ABRIL				MAY				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SETIEMB.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Reconocimiento y ámbito del estudio.	X	X																																										
Estudio de investigación similares.			X	X	X																																							
Estructura del marco teórico.					X	X	X	X																																				
Elaboración del plan de tesis.									X	X	X	X	X	X																														
Elaboración del instrumento													X	X	X	X	X	X																										
Presentación del proyecto de investigación.																																	X	X	X									
Sustentación del proyecto de investigación.																																									X	X		



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Artículo “La OMS cifra en un 70% el aumento de los casos de cáncer hacia 2035”. ELSEVIER. JANO.ES Publicado en FEB 2015 [Citado el 28 JUN 2016] [Disponible en: <http://www.jano.es/noticia-la-oms-cifra-un-70-23686> ]
- (2) Atlas mundial de cuidados paliativos al final de la vida. OMS. Publicado en ENE 2014. [Citado el 28 JUN 2016] [Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/> ]
- (3) Guía clínica alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Ministerio de Salud de Chile. 2011. [Citado el 28 JUN 2016] [Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf> ]
- (4) Programa nacional de dolor por cáncer y cuidados paliativos. Ministerio de Salud de Chile. 2007. [Citado el 28 JUN 2016] [Disponible en: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/Norma%20programa%20nacional%20alivio%20del%20dolor%20por%20cancer%20y%20cuidados%20paliativos%20MINSAL%202007%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/Norma%20programa%20nacional%20alivio%20del%20dolor%20por%20cancer%20y%20cuidados%20paliativos%20MINSAL%202007%20(1).pdf) ]
- (5) P. Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Mc Graw -Hill. 1997. p.11.
- (6) T. Jiménez de Esquenazi, y E. Gutiérrez De Reales. El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Orion editores Ltda. Bogotá. 1997.p.17
- (7) Ruland C. Moore S. Teoría del Final tranquilo de la vida.; Raile A. Martha, Marriner T. Ann. Modelos y teorías de enfermería. Elsevier. Séptima edición. 2011. Capítulo 23. Página 754 - 760.

- (8) Fundamentos filosóficos. Sociedad Española de Enfermería Oncológica. 2 pantallas. [Citado el 28 JUN 2016] [Disponible en: <http://www.seeo.org/pages/estandares/fundamentosfilosoficos.aspx> ]
- (9) Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*. 2004. Vol. 5(17): 23-29. [Citado el 28 JUN 2016] [Disponible en: [http://www.enferpro.com/documentos/validacion\\_cuestionarios.pdf](http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf) ]
- (10) De Oliveira P., Pinto M. Validación de las características definidoras del diagnóstico de enfermería Fatiga, en pacientes oncológicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [online]. 2012. 20(3): [7 pantallas] [Citado el 14 JUL 2016] [Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es\\_a11v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a11v20n3.pdf) ]
- (11) González O. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3a versión". *Aquichan*. 2015;15(3): 381-392. [Citado el 22 JUL 2016] [Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4806/html> ]
- (12) Vargas C., Hernández L. Validez y confiabilidad del cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto". *av.enferm.*, XXVIII (1): 96-106, 2010. [Citado el 18 AGO 2016] [Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n1/v28n1a10.pdf> ]
- (13) López M., Jiménez M. Formato de Registros Clínicos de Enfermería del Servicio de Urgencias de Hospitales de Segundo Nivel. *Desarrollo Cientif Enferm*. Vol. 20 N° 3 Abril, 2012. [Citado el 18 AGO 2016] [Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-097.pdf> ]
- (14) Domínguez C., y colaboradores. Validación de un formato para algunos diagnósticos de enfermería de interés en la familia. *Rev Cubana Enfermer* vol.28 no.4 Ciudad de la

Habana. 2012. [Citado el 20 AGO 2016] [Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400002) ]

(15) Cupé A., García C. Carmen. Validación de un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas iniciales de la provincia de Lima. RevEstomatol Herediana. 2015;25(2):112-121. [Citado el 20 AGO 2016] [Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a04v25n2.pdf> ]

(16) OMS Informe mundial del cáncer 2014. IARC. Publicado en FEB 2015. [5 pantallas] [Citado el 24 AGO 2016] [Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/> ]

(17) Puebla D. F. Dolor, tipos y escala terapéutica de la O.M.S. Oncología, 2005; 28 (3):139-143. España.[Citado el 24 AGO 2016] [Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos\\_de\\_dolor.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos_de_dolor.pdf) ]

## ANEXO 2

### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO APLICANDO LA TEORÍA DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA

¡Hola! Somos especialistas en Enfermería Oncológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, motivados por nuestro interés hacia el paciente oncológico paliativo vamos a realizar una investigación titulada “Validación del instrumento de valoración de enfermería al paciente oncológico paliativo aplicando la teoría del final tranquilo de la vida en un hospital nacional”.

Esta encuesta es anónima y voluntaria, por favor responde con sinceridad. Tus opiniones o criterios son importantes. Marca con una (x) una sola respuesta para cada pregunta. No hay ninguna respuesta correcta ni incorrecta. Todas las respuestas son válidas.

AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE TU COLABORACIÓN.

Fecha de la entrevista..... de..... del 2016

Servicio: Cuidados Paliativos y tratamiento del dolor    Fecha: .....    Turno: Diurno ( ) Nocturno ( ) Mañana ( ) Tarde ( )																																													
<p><b>1.- DATOS GENERALES:</b></p> <p>Nombre.....Sexo: M( ) F( )          Edad: ..... Peso: ..... Talla: ..... IMC: .....          Dx. médico:.....          Tratamiento paliativo: Si( ) No( ) abandono( )              Quimioterapia( ) Radioterapia( ) Farmacológico( )          Lugar de nacimiento: Urbano( ) Urbano marginal( )          Lugar de procedencia: Provincia:..... Distrito: .....          Grado de escolaridad: Analfabeta( ) Primaria( )          Secundaria( ) Sup.técnico( ) Sup. Universitario( )          Ocupación:.....          Estado civil: soltero( ) casado/conv( ) viudo( ) divorciado( )          Estrato económico: Alto( ) Medio( ) Bajo( )          Hijos: No( ) Si( :N°:.....) N° Contacto:.....</p> <p><b>2.- AUSENCIA DEL DOLOR</b></p> <p>EVA: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10          Duración del dolor: Dolor agudo ( ) Dolor crónico ( )          Características del dolor: Difuso ( ) Punzante ( )              Compresivo ( ) Quemante ( ) Irradiante ( )          Curso del dolor: Continuo ( ) Irruptivo ( ) Incidental ( )          Localización del dolor:.....          Manejo de dolor: (AINES) - (Opiáceos) - (Placebo)</p>	<p><b>3.- SENTIR BIENESTAR:</b> alivio de otros síntomas, sueño/descanso, prevenir riesgos y complicaciones.</p> <p><b>Valoración neurológica:</b> Orientación: T( ) E( ) P( )          Deterioro proceso del pensamiento: si( ) no( )          Deterioro sensorial: ninguno( ) visual( ) gustativo( )          auditivo( ) olfatorio( ) táctil( ) Verborreico( ) Alucinaciones( )          Dificultad para tomar decisiones: si( ) no( )</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Escala de Glasgow</th> <th colspan="2">Total :..... puntos</th> </tr> <tr> <th>Apertura ocular</th> <th>Respuesta motora</th> <th colspan="2">Respuesta verbal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Espontáneo</td> <td>4</td> <td>Espontánea, normal</td> <td>6</td> <td>Orientada</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>A la voz</td> <td>3</td> <td>Localiza al tacto</td> <td>5</td> <td>Confusa</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Al dolor</td> <td>2</td> <td>Localiza al dolor</td> <td>4</td> <td>Palabras inapropiadas</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Ninguno</td> <td>1</td> <td>Decorticación</td> <td>3</td> <td>Sonidos incomprensibles</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Descerebración</td> <td>2</td> <td>Ninguna</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Ninguna</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Valoración de alimentación:</b> .Necesita ayuda: Si( ) No( )          Tipo de alimentación: (NPO) - (NET) - (NPT)          Tipo de dieta: Completa( ) Líquida( ) Blanda( )          Hipoglúsida( ) Hiposódica( ) Hipercalórica( ) Hiperproteica( )          Alimentos NO permitidos:.....</p>	Escala de Glasgow		Total :..... puntos		Apertura ocular	Respuesta motora	Respuesta verbal		Espontáneo	4	Espontánea, normal	6	Orientada	5	A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4	Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3	Ninguno	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2			Descerebración	2	Ninguna	1			Ninguna	1		
Escala de Glasgow		Total :..... puntos																																											
Apertura ocular	Respuesta motora	Respuesta verbal																																											
Espontáneo	4	Espontánea, normal	6	Orientada	5																																								
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4																																								
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3																																								
Ninguno	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2																																								
		Descerebración	2	Ninguna	1																																								
		Ninguna	1																																										

**Valoración de piel, mucosas y anexos:**

Piel: T°C:..... Normal( ) Hipotermia( ) Hipertermia( )  
 Características de piel: turgente( ) Pálida( ) icterica( )  
 cianótica( ) Hidratada( ) seca( )  
 Edemas: (+) (++) (+++) 34.Lenado capilar: (< 2) (2 - 4) (> 4)  
 Lesiones: hematomas( ) flevitis( ) celulitis( ) Lugar:.....  
 Mucosa oral: Intacta( ) Lesiones( ) Mucositis( )Dentición:  
 Completa( ) Incompleta( ) Uso de prótesis( )  
 Herida quirúrgica: No( ) si( ) localización:.....  
 Características de HQ: Limpia( ) Infeccionada( )  
 Portador de acceso Venoso: Si( ) No( ) FA:.....  
 Tipo: Bránula( ) Íntima( ) Porth( ) CVC( ) FC:.....

ESCALA DE BRADEN RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN		<13=ALTO RIESGO		
		13	-14=RIESGO MODERADO	>14=BAJO RIESGO
	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Exposición a humedad	Constantemente húmeda	Húmeda con frecuencia	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Riesgo de lesiones cutáneas	Problema	Problema potencial	No existe problema aparente	

UPP: antigua( ) nueva( ) I°( ) II°( ) III°( ) IV°( )  
 Contextura: normal( ) adelgazado( ) caquéxico( ) obeso( )  
 Pérdida de una parte corporal: si( ) no( )  
 Requiere dispositivos antiescaras: si( ) no( )  
 Requiere familiar permanente: si( ) no( )  
 Requiere sujeciones o cinturón de seguridad: si( ) no( )  
**Valoración de respiración:** FRx':..... Sat.O2':.....%  
 Espontánea( ) c.binasal( ) venturi( ) Reservorio( )  
 Tos: si( ) no( ) Disnea al esfuerzo: si( ) no( )  
 Uso de músculos accesorios: Si( ) No( )  
 Paso de MV en ACP: Si( ) No( )  
 Ruidos agregados: Si( ) No( )  
 Roncantes( ) Crepitantes( ) Sibilantes( )  
**Valoración de circulación:** FCx':..... PA:..... mmHg  
 Pulso: Normal( ) taquicardia( ) bradicardia( ) Arritmia( )  
**Valoración del abdomen y digestión:**  
 Sondas: Nasogástrica( ) Nasoyeyunal( ) FA:..... FC:.....  
 Abdomen: b/d( ) distend.( ) globul.( ) RHA: (+) (++) (+++)  
**Valoración genitourinaria y eliminación:**  
 Náuseas( ) Vómitos( ) Características..... N° veces.....  
 Necesidad de ayuda: Si( ) No( ) Acude al baño( ) Pañal( )  
 Orina: Espontánea( ) Sonda vesical( ) FA:..... FC:.....

Talla vesical( ) Irrigación vesical( )  
 Características de la orina: Normal( ) Poliurea( ) Anuria( )  
 Disuria( ) Oliguria( ) Hematuria( ) Incontinencia( )  
 Características de deposición: Normal( ) Moco( ) Melena( )  
 Hematoquezia( ) Estreñimiento( /N°:...) Diarrea( /N°:...)  
 Gastrostomía( ) Yeyunostomía( ) Ileostomía( ) Colostomía( )  
 Disfunción sexual: si( ) no( ) Deseo sexual: Si( ) No( )  
 Problemas identidad sexual: si( ) no( )  
 Antecedentes de ITS: no( ) si( ) cual:.....  
**Valoración de actividad/movilidad:** ECOG: 1-2-3-4  
 Reposo: absoluto( ) Relativo( ) 74.Hemiparesia: No( ) D( ) I( )  
 Movilidad física: Normal( ) flacidez( ) Fractura( ) parálisis( )  
 postración( )

Fuerza muscular: Conservada( ) disminuida( )  
 Deambulación: No( ) por si sólo( ) Asistida( ) andador( )

**Valoración de la relajación/sueño/descanso:**

Normal( ) Insomnio( ) pesadilla( )  
**Vestimenta:** 79.sin ayuda( ) Con ayuda( )  
**Higiene:** buena( ) regular( ) mala( )  
 con ayuda( ) sin ayuda( )

**DIGNIDAD Y RESPETO:** Preferencias del Paciente

**Valoración de las preferencias:**

Apetito: Disminuido( ) Normal( ) Aumentado( )  
 Alimentos que NO DESEA:.....  
 Abrazo y contacto físico: Desea( ) No desea( )  
 Comunicación: sabe leer: si( ) no( ) sabe escribir: si( ) no( )  
 Habla castellano: si( ) no( ) habla dialecto/idioma:.....  
 Maniobras de resucitación: (si RCP) (Si TET) (si bolseo)  
 (no RCP) (no TET) (no bolseo)  
 Acepta transfusiones sanguíneas: si( ) no( )  
 Conexiones con: arte( ) música( ) literatura( ) danza( )  
 Otras preferencias: .....

**TRANQUILIDAD:** dimensiones psicológicas y espirituales.  
 Conocimiento de enfermedad.

Concepto de sí mismo: positivo( ) negativo( )  
 Sensación de fracaso: no( ) si( ) familiar( ) laboral( ) personal( )  
 Conducta: introvertido( ) extrovertido( )  
 Aceptación de imagen corporal: si( ) no( )  
 respuesta al estrés: tranquilo( ) agresivo( ) Triste( )  
 preocupado( ) nervioso( ) irritable( )  
 Actitud frente al tratamiento: negativo( ) positivo( )  
 Adaptación al sistema hospitalario: si( ) no( )  
 Fobias: no( ) si( ) cual:.....  
 Miedo a: caídas( ) inyectable( ) embarazo( ) cirugía( )  
 trasplantes( ) transfusiones( ) muerte( )  
**Valoración espiritual:** Religión que profesa:.....  
 Solicita apoyo espiritual: si( ) no( )  
 Refiere:.....  
 Indiferencia( ) desesperanza( ) rechazo( )

<p><b>Conocimientos:</b> Enfermedades que padece:.....          Conoce sobre su enfermedad: si( ) no( )          Conoce medicación regular: si( ) no( ) .....          Alergias: no( ) si( ) Cual:.....          Requiere educación: si( ) no( ) Tema:.....          Cuidador requiere educación: si( ) no( ) tema:.....</p>	<p>Con quien vive: solo( ) familia( ) otros:.....          Fuentes apoyo:amigos( ) familia( ) abandono social( ) otros( )          Aceptación en la familia: si( ) no( )          Relación con la familia: afectiva( ) indiferente( ) hostil( )          Problemas familiares: ninguna aparente( ) alcoholismo( )          pandillaje( ) drogadicción( ) pobreza extrema( ) Pcte NN( )          Violencia familiar: no( ) si( ) física( ) psicológica( )          Relación con el personal: afectiva( ) indiferente( ) hostil( )</p>
<p><b>PROXIMIDAD CON SUS ALLEGADOS</b> Relación familiar,          relaciones interpersonales, pertenencia a grupos de apoyo</p>	

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

### ANEXO 3

#### EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para investigación en humanos. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación

A continuación sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

N° de ítem	Validez de contenido		Validez de constructo		Validez de criterio		Observaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1							
2							
3							
4							
5							
6							

7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							

Sugerencias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ANEXO 4

### EVALUACION DEL JUICIO DE EXPERTOS

#### PRUEBA BINOMIAL

- **Validez de contenido:**

El Ítem corresponde a alguna dimensión de la variable

- **Validez de constructo:**

El Ítem contribuye a medir el indicador planteado

- **Validez de criterio:**

El Ítem permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													

9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
											TOTAL	

Valor de p promedio: Total / n = ..... / ..... = .....

El instrumento tendrá validez, según juicio de expertos, si el valor de p promedio es inferior a 0.05.

## ANEXO 5

### PRUEBA T DE STUDENT

El Test de la t de Student para una muestra permite comprobar si es posible aceptar que la media de la población es un valor determinado. Se toma una muestra y el Test permite evaluar si es razonable mantener la Hipótesis nula de que la media es tal valor.

Se trata de un Test paramétrico; o sea, parte de la suposición de que la variable analizada en el conjunto de la población sigue una variabilidad, una distribución como la de la campana de Gauss. Por lo tanto, podemos pensar que la distribución normal es un buen modelo de esa población.

#### *Prueba t para muestra única*

En esta prueba se evalúa la hipótesis de que la media de la población estudiada es igual a un valor especificado  $\mu_0$ , se hace del estadístico:

$$t = \bar{x} - \mu_0$$

$$s / \sqrt{n}$$

Donde  $\bar{x}$  es la media muestral,  $s$  es la desviación estándar muestral y  $n$  es el tamaño de la muestra. Los grados de libertad utilizados en esta prueba se corresponden al valor  $n - 1$ .

## ANEXO 6

### FORMULACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

La muestra estará conformada por 145pacientes oncológicos paliativos determinado por la fórmula muestral:

$$n = \frac{Z^2 \cdot Pe \cdot Qe}{E^2}$$

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}{(0.05)^2}$$

$$nf = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{233}}$$

$$n = 384.16$$

$$nf = 144.9$$

Para efectos del estudio se redondeará el tamaño muestral a 145.