



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN
CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004
Acreditada mediante Resolución N°15 del 31 de octubre
de 2012

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Especialidad en Gerencia en Salud**

Tema

**Factores que Influyen en la atención de pacientes con
cáncer de mama, atendidas en el Instituto Oncológico
Nacional De Panamá.**

Por:

Michell Ramos

2022

DEDICATORIA

Se acabó un ciclo de muchas risas, llantos, felicidad y frustraciones. Por lo tanto, le dedico este trabajo a todos los que formaron parte de esta etapa de mi vida. Agradezco a Dios por iluminar mi camino, a mis hijos, padres y esposo por haber formado parte de este proceso para hacer realidad este sueño, a los profesores por todo el conocimiento brindado y todos los compañeros que me apoyaron en los momentos más difíciles.

Michell Ramos

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a la encargada de este proyecto de investigación, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a nuestras sugerencias e ideas, por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas. Asimismo, agradezco a mis compañeros por su apoyo personal y humano. Un trabajo de investigación es siempre fruto de ideas, proyectos y esfuerzos previos que corresponden a otras personas.

Michell Ramos

RESUMEN

Las investigaciones muestran el confinamiento puede estar teniendo un gran impacto en los factores que influyen en la atención de las pacientes atendida en el Instituto Oncológico Nacional, por lo que se realiza una investigación descriptiva usando como herramientas la observación por convivencia y entrevistas informales a los pacientes para dejar plasmado algunas estrategias para mejorar la atención y estas a sus vez es sustentada con investigaciones realizadas en ámbitos iguales o semejantes a al presente estudio.

ABSTRACT

Research shows that confinement may be having a great impact on the factors that influence patient care at the National Oncological Institute, so a descriptive research is conducted using as tools the observation by coexistence and informal interviews with patients to capture some strategies to improve care and these in turn is supported by research conducted in the same or similar to the present study.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INDICE.....	6
índice de cuadros.....	8
Índice de Ilustraciones.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
PARTE I: CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA.....	10
1.1. Descripción del Tema.....	11
1.1.1. Inserción de soporte emocional entre las herramientas de afrontamiento para la atención.....	12
1.1.2. Conocer los retos y limitantes para una buena atención de las pacientes	13
1.1.3. Gestión de Talento Humano dentro de los centros hospitalarios	13
CAPÍTULO II. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	18

2.1. Justificación.....	19
2.2. Revisión bibliográfica de estudios previos.....	20
2.2.1. Necesidades formativas en la atención a pacientes oncológicos en Castilla-La Mancha	20
2.2.2. Factores de riesgo.....	21
2.2.4. Una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico es indagando en las propias vivencias de atención.....	22
2.2.5. Atención odontológica de pacientes oncológicos.....	23
2.2.6. Principios que intervienen en el bienestar del paciente Oncológico con el cuidado de enfermería	24
2.2.7. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer mama	25
PARTE III: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	27
3.1. Bases teóricas	28
3.1.2. Programas de la Sociedad Americana Contra El Cáncer	32
3.1.3. Modelo de Funcionamiento del programa.....	33
3.1.4. Situación actual de la evaluación y asistencia psicológica.....	34
3.1.8. Implemente sistemas de apoyo a la mejora de la calidad a nivel global de la organización	37

3.1.9. Cómo mejorar la satisfacción del paciente	38
3.1.9. La calidad de vida en pacientes oncológicos es un constructo multidimensional que debe ser analizado con un enfoque integral.	40
Ley. 59 del 28/12/2005.....	41
Ley 154.....	41
Conclusiones	44
Referencias	45

índice de cuadros

Tabla 1: Cuadro de Actividades Propuesto	29
---	-----------

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Acciones primarias para los programas nacionales de lucha contra el cáncer, según el nivel de recursos bajo (OMS, 2002).	17
--	-----------

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene la finalidad de describir los posibles factores que influyen en la atención de pacientes con cáncer de mama, atendidas en el Instituto Oncológico Nacional De Panamá, para fortalecer las estrategias de atención en el grupo de pacientes atendidas, en tiempo de pandemia. Se ha v abordando fundamentalmente factores sociales en el entorno de la Pandemia por el COVID-19 y la perspectiva de programas de atención sustentado por datos relevantes al igual que se sustenta el apoyo de intervenciones efectivas en diferentes áreas como la psicológica. A lo largo del presente trabajo se desarrollarán diferentes aspectos para el entrenamiento en habilidades socioemocionales tales como: la Atención y comprensión emocional, la Regulación y reparación emocional y la Regulación y adaptación social.

PARTE I: CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

1.1. Descripción del Tema

Es relevante mencionar para efectos de este trabajo de investigación que hemos utilizado uno tema que tiene una de las tasas de mayor mortalidad como lo es el cáncer de mama que constituye una de las dos primeras causas de muerte por neoplasias malignas en la población femenina de edades de entre los 20 y 30

El último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) evidencia que el cáncer de mama es la enfermedad con mayor grado de dificultades que presenta a la salud pública siendo el de más relevancia a nivel mundial, ya que anualmente se llega a detectar aproximadamente un millón de casos y se reconocen alrededor de 500 mil muertes por su causa.

En diferentes zonas específicamente en América del Norte, América Latina y el Caribe, más de 35,000 mujeres fallecen de cáncer de mama al año. (Salud, Cancer de mama, s.f.)

Para efectos de estudios realizados en Panamá, el cáncer de mama es el más frecuente entre las neoplasias ginecológicas femeninas y tan sólo un 10% se logra diagnosticar en etapas tempranas de la enfermedad.

Los casos de defunciones de los cuales se lleva un registro sustentable por cáncer de mama se vinculan de forma importante a variables de riesgos genéticos y ambientales, que incrementan el riesgo como: edad, paridad, edad de menarquia, peso corporal, lactancia materna anterior, uso de anticonceptivos orales, consumo de alcohol, tabaco, antecedentes familiares, entre otros.

La detección a tiempo de estas variables de peligro, ayuda a perfeccionar las herramientas de prevención del cáncer de mama, previniendo a largo plazo la detección en estadios avanzados, perfeccionando la predicción y estabilidad de las pacientes, y por consiguiente a previniendo las cantidades de muerte por cáncer.

En Panamá, el cáncer de mama mostró una tasa incidencia anual de 26.5 en el año 2004 (así lo describió un estudio realizado por el Instituto Oncológico Nacional de Panamá, con tendencia de aumento hasta 33.1 para el 2020. el cáncer de mama representa el 17.5% del total de cáncer en mujeres (Salcedo, Díaz, & de Bolívar, 2019)-

1.1.1. Inserción de soporte emocional entre las herramientas de afrontamiento para la atención

Es primordial tener la información de aspectos de atención psicológicas para las pacientes, si tenemos como objetivo obtener factores que influyan en la atención en de pacientes en el caso específico de la medicina oncológica.

No obstante, la prevención es una de las prioridades de los sistemas de salud de los países para su diagnóstico a tiempo, investigaciones como la que describimos a continuación justifican la necesidad de brindar a las pacientes con cáncer de mama habilidades para el afrontamiento por las dificultades físicas, psicológicas y sociales que dicho diagnóstico traen a la paciente. Tal apoyo ayudaría a disminuir el aislamiento de estas pacientes para que continúen con su proyecto vital en mejores condiciones, fortaleciendo su entorno familiar y sus vínculos sociales para enfrentar las dificultades del diagnóstico. Las investigaciones sobre la calidad de vida continúan siendo un gran objetivo por su importancia de carácter subjetivo, pero la epidemiología y la estadística brindan instrumentos que acceden a un buen acercamiento a la realidad de las pacientes, aportando información relacionada con las condiciones que pueden ser modificables o que simplemente generan una alerta en el personal de salud para focalizar acciones en los grupos más vulnerables. La relevancia de este estudio es que la calidad de vida de las mujeres encuestadas, analizada desde las diferentes factoras en la escala de WHOQOL BREF, es alta en aquellas pacientes con mayor nivel de escolaridad, que están aseguradas al régimen de contribución y las mismas reciben apoyo de familiares o amigos, que provienen del nivel socioeconómico alto y que tienen, como soporte para

afrontar el diagnóstico, creencias personales, sea espirituales o religiosas. Entre todas estas variables se destaca la consecuencia de las dos últimas, el cual persistió durante todo el análisis, incluso después de intervenir por el resultado de potenciales variables de confusión con el modelo de regresión logística. Pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, y tener poco soporte en las creencias personales (espirituales o religiosas) para hacer frente a las dificultades del diagnóstico, constituyen factores de riesgo para tener puntajes bajos en la calidad de vida (Salas Zapata C, 2018)

1.1.2. Conocer los retos y limitantes para una buena atención de las pacientes

A lo largo del continuo de atención del cáncer se erigen numerosas barreras para el acceso oportuno y equitativo a la atención de la salud de la mama, las cuales influyen negativamente sobre los resultados del cáncer. Para optimizar la dirección a la atención y disminuir las disparidades en los resultados, es necesario identificar, comprender y abordar dichas barreras. Las barreras difieren según la localización y la población, pero en general pueden clasificarse como estructurales, socioculturales, personales y financieras. Crear conciencia y eliminar las barreras para acceder a los servicios de atención del cáncer puede mejorar los resultados de las pacientes, a condición de que se cuente con establecimientos para diagnóstico y tratamiento que sean apropiados, accesibles y aceptables.

1.1.3. Gestión de Talento Humano dentro de los centros hospitalarios

En varios estudios sobre la atención a pacientes oncológicos relacionado directamente con el personal se revelan limitaciones en materia de falta de personal y la formación en la sensibilización de estos pacientes, lo que demuestra importantes dificultades para permitir la atención, más que todo en los lugares donde no se encuentra accesible a las personas de escasos recursos. Los equipos de la salud frecuentemente se encuentran con ambiente laborales perjudiciales, sobre carga trabajo excesivas y salarios por debajo de lo necesario, entre otros inconvenientes, los cuales se desmejoran por la

escasez de personal de enfermería y médicos en todas las áreas y cargos. Se muestran grandes deficiencias en la atención a pacientes con cáncer de mama y barreras en todos los niveles relacionados con el recurso humano y todas las entidades con niveles de ingresos, y las disconformidades en la atención es agravada conforme se exija más al sistema de salud. Para lograr los objetivos, los programas nacionales de control del cáncer pretenden ejecutar una programación meticulosa que abarque a todos los interesados directos, incluyendo un análisis situacional y la evaluación de las insuficiencias.

Este estudio obtuvo datos poblacionales sobre estadísticas del cáncer de mama y el estadio tumoral al momento de solicitar atención y considero la capacidad existente del sistema de salud. Una estrategia basada en evidencia científica y estratificada según los recursos puede facilitar el proceso de diseño y ejecución de los programas de control del cáncer de mama. El estudio usa la a organización exhaustiva de la lucha contra el cáncer de mama y un conjunto de pasos a largo plazo, para el cual es importante reconocer que los tardaran años para obtener resultados. Los proyectos empíricos, los estudios de investigación y los programas de garantía de la calidad utilizaron métodos para la medición de procesos a corto y a largo plazo pueden ayudar a dirigir los programas hacia el futuro. También se incluye la recomendación a los médicos y los encargados de formular las políticas mantenerse optimistas respecto a que, con la planificación eficaz y colaborativa de la lucha contra el cáncer de mama y con la ejecución de herramientas eficaces para detección temprana, diagnóstico y tratamiento, podrán contribuir a una mejor atención de la salud de millones de mujeres. (SALUD, 2015)

1.1.4. Equipo Multidisciplinario de profesional de atención a pacientes con Cáncer de mama

Este artículo nos da un panorama general del equipo que debe ser el modelo de atención a los pacientes oncológicos, comenzando por el médico al que una persona habitualmente consultaría primero cuando se le presenta un síntoma o problema médico. A continuación, se presenta un modelo de equipo de colaboradores de atención.

1. Como primer nexo con el paciente se sugiere al médico de atención primaria podría ser un médico general, un médico de medicina familiar, un ginecólogo, un pediatra o un médico de medicina interna.
2. Como equipo importante para el paciente está el primer vínculo después de diagnosticada la enfermedad en este caso en oncólogo médico: Un médico que se especializa en el diagnóstico de cáncer y en su tratamiento con quimioterapia y otros medicamentos. Un oncólogo médico es diferente a un cirujano oncólogo, quien trata el cáncer principalmente con cirugía. (un internista).
3. La atención y acompañamiento en diferentes procesos y pasos de la enfermedad está el personal de Auxiliar de enfermería autorizado (LPN) o auxiliar de clínica autorizado (LVN): Una enfermera que ha completado más o menos un año de capacitación técnica de salud y que ha aprobado una prueba de autorización. Esta enfermera puede administrar algunas medicinas, ayudar a los pacientes con cuidado e higiene personal y realizar otras tareas relacionadas con la atención médica.
4. También el paciente se relacionará a menudo con el Auxiliar de radiología: Un profesional de la salud que coloca al paciente para tomarle rayos X u otras

pruebas de imágenes, toma las imágenes y luego desarrolla y revisa la calidad de las imágenes. Las placas que toma el auxiliar se envían al laboratorio para su interpretación.

5. Dado un diagnóstico y realizado el plan terapéutico por recomendación de oncólogo entrara entre las posibilidades la intervención de un Cirujano: Un médico con capacitación especial que realiza cirugías para extraer o extirpar tumores o partes del cuerpo afectadas por una enfermedad. Un **cirujano oncólogo** es un cirujano que se especializa en la realización de cirugías para tratar el cáncer.
6. Dado que el paciente oncológico requiere una estricta dieta veremos la intervención de una **Dietista o dietista autorizado (RD)**: Un experto en el área de nutrición, comida y dieta que aprobó el examen de un comité nacional. Muchos RD se especializan en áreas como control de peso, ciencia del ejercicio, atención del cáncer o rehabilitación cardiaca.
7. **Durante el periodo de cirugía antes y después estará presente el equipo de Especialistas o equipo de cuidados paliativos**: Médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales de la salud que colaboran entre sí para manejar síntomas como dolor, náuseas o fatiga. Se puede usar la estrategia de un equipo de cuidados paliativos en cualquier paciente (de cualquier edad) que padece una enfermedad grave. (Society, 2018)

Ilustración 1 Acciones primarias para los programas nacionales de lucha contra el cáncer, según el nivel de recursos bajo (OMS, 2002).

Componente	Todos los países	Situación A: nivel de recursos bajo
Diagnóstico temprano	<ul style="list-style-type: none"> Promover el diagnóstico temprano mediante la concientización sobre los signos y síntomas iniciales de los tumores detectables y curables que tengan una alta prevalencia en la comunidad, como el cáncer de mama y el cervicouterino Garantizar servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Adoptar estrategias comunitarias eficaces y de bajo costo para promover, en una primera fase, el diagnóstico temprano de uno o dos tipos de tumores de detección prioritaria en un área piloto con acceso relativamente bueno al diagnóstico y al tratamiento
Tamizaje	<ul style="list-style-type: none"> Instituir el tamizaje para los cánceres de mama y cervicouterinos en aquellos países donde la incidencia justifique dicha medida y se cuente con los recursos necesarios 	<ul style="list-style-type: none"> Si ya existe la infraestructura para el tamizaje mediante citología cervical, proporcionar una cobertura alta de un tamizaje citológico eficaz para las mujeres de 35 a 40 años una vez en la vida o, si se cuenta con más recursos, cada 10 años para las mujeres de 30 a 60 años
Tratamiento curativo	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar la accesibilidad de servicios eficaces de diagnóstico y tratamiento Promover las normas mínimas esenciales nacionales para estadificación y tratamiento del cáncer Establecer directrices de 	<ul style="list-style-type: none"> Organizar los servicios de diagnóstico y tratamiento, asignando prioridad a los tumores detectables en fase temprana
Alivio del dolor y cuidados paliativos	<p>cuidados paliativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Instituir cuidados paliativos integrales que proporcionen alivio del dolor, control de otros síntomas y apoyo psicosocial y espiritual Promover las normas mínimas nacionales para tratamiento del dolor y cuidados paliativos Asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los opiáceos, en especial morfina oral Proporcionar educación y capacitación para los cuidadores y el público en general 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurarse de que todos los niveles de atención en ciertas áreas designadas adopten progresivamente las normas mínimas para alivio del dolor y cuidados paliativos, y de que haya una alta cobertura de pacientes mediante servicios brindados principalmente por asistencia domiciliaria

CAPÍTULO II. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

2.1. Justificación

En la actualidad y debido a los diversos cambios que ha sufrido el país entero por el estado de emergencia por la COVID-19 y tomando en consideración que uno de las principales dificultades que presenta el Instituto Oncológico Nacional (ION) es el manejo y prevención en la detección oportuna del Cáncer de mama según los registros en la morbilidad de la institución. Para dar una respuesta a las necesidades de las personas durante el tiempo de pandemia, se describen los Factores que Influyen en la atención de pacientes con cáncer de mama entre 20 y 30 Años, atendidas en el Instituto Oncológico Nacional De Panamá, periodo de marzo a septiembre del 2020.

Los archivos que se mantienen sobre el cáncer son métodos de búsqueda referentes a los tumores diagnosticados y/o tratados en centros hospitalarios. Componen un instrumento esencial para la programación de la atención oncológica de la institución donde se localizan, ya que acceden a narrar con detalle los casos atendidos y cuantificar la necesidad de recursos humanos y materiales. Estas estadísticas son primordiales como fuente de información para los registros poblacionales y contribuyen a optimizar la calidad de la atención de los pacientes oncológicos, así como para sustentar las serie de líneas de investigación existentes y el desarrollo de nuevas hipótesis científicas. La estadística hospitalaria que se mantiene de pacientes con cáncer de mama del Instituto Oncológico Nacional de Panamá (RHC-ION), fue normado el 1 de enero de 2012 y a partir de esta fecha se llevan un registrar todos los casos diagnosticados y/o tratados en esta institución. Actualmente, cuenta con una base de datos de más de 35,900 casos (Salcedo, Díaz, & de Bolívar, 2019)

La seguridad del paciente, representa un desafío global para los sistemas de salud, por lo que debe abordarse desde diferentes perspectivas que conjugan varios conceptos y tendencias actuales de gestión en salud y de calidad de la atención, tanto a nivel mundial como a nivel nacional. Actores determinantes para intervenciones costo

efectivas en las estrategias de prevención, pues una vez identificados, se puede realizar controles y manejos más estrictos y lograr a largo plazo disminuir su incidencia y morbimortalidad (Ecuador, 2016)

2.2. Revisión bibliográfica de estudios previos

Para sustentar la justificación de esta investigación, es significativo tener el conocimiento de estudios que correspondan con nuestra investigación, por lo que hemos considerado las siguiente:

2.2.1. Necesidades formativas en la atención a pacientes oncológicos en Castilla-La Mancha

Objetivo. Conocer las necesidades formativas en la atención a pacientes con cáncer.
Diseño y emplazamiento. Estudio descriptivo transversal, basado en encuesta a médicos de cupo de Castilla-La Mancha. La encuesta fue diseñada ad hoc sobre necesidades formativas (escala 0-5), seguridad en el manejo e implicación en la atención a pacientes oncológicos.

Resultados. Respondieron 172 médicos (14,9% de la población, 51,2% varones, edad media 49,1 años). El número medio de pacientes terminales atendidos al año es 3,9.

Las mayores necesidades pedagógicas encontradas se refieren a la atención a supervivientes (3,44). El factor más solicitado es la atención a urgencias terminales (3,77). De forma global, la población femenina tiene mayor percepción de necesidades formativas (3,44 vs 3,21; $p = 0,045$). El 69,2% ha realizado algún curso en los últimos 5 años. La seguridad en el manejo de oncológicos es calificada como 'media' por el 74,4% y se relaciona inversamente con la necesidad de formación, siendo mayor en hombres.

El 65,1% considera que la mayor responsabilidad del manejo del paciente con cáncer debe ser del oncólogo, recayendo en el Médico de Familia cuando se trata de terminales (según el 43,9%) o supervivientes (70,4%).

La comunicación con el oncólogo es "mala/muy mala" según el 53,2%, siendo este porcentaje del 9,3% cuando se refiere a Unidad de Paliativos. Para el 70,3% su grado de implicación con estos enfermos es adecuado. Respecto a una hipotética falta de implicación, la razón considerada más importante es la falta de experiencia (31,6%).

Se destaca como conclusión que las necesidades formativas sentidas podemos considerarlas medio/altas, aunque en general se sienten razonablemente preparados para atender a estos pacientes. La falta de experiencia y de formación pueden ser factores que limitan la implicación del médico de familia.

2.2.2. Factores de riesgo

Podemos definir factor de riesgo como todo aquello que sube la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer. Si bien los factores de riesgo con a menudo intervienen en el avance del cáncer, la mayoría no inducen el cáncer de forma directa. Existen personas con varios factores de riesgo que nunca desarrollan cáncer, mientras que otras personas sin factores de riesgo conocidos desarrollan cáncer. Conocer los factores de riesgo y tener una buena comunicación con el médico al respecto puede ayudar a tomar decisiones más asertivas sobre las opciones de estilo de vida y atención médica. (Salcedo, Díaz, & de Bolívar, 2019)

2.2.3. Sobre las prevenciones del Cáncer De Mama

Es relevante tener en cuenta que la prevención debe estar de forma integral en los programas de control del cáncer de mama. Las indicaciones sobre la prevención del cáncer de mama deben basarse en datos demostrativos y actualizarse a medida que las investigaciones nuevas aporten información para la práctica clínica.

La meta primordial de la prevención primaria del cáncer de mama es impedir que la población femenina desarrolle la enfermedad, y los resultados esperados de la prevención secundaria es evitar la recurrencia. La prevención primaria ofrece la mayor efectividad a nivel de salud pública en conjunto con el programa de intervención del cáncer a largo plazo es una herramienta muy eficaz en función de los costos. La prevención del cáncer de mama debe formar parte de los programas de control del cáncer de mama y complementar las campañas de concientización y detección a tiempo. Los especialistas indican que, si se alcanzara el nivel máximo con los programas de prevención, podrían evitarse hasta el 50% de los casos de cáncer de mama. Las estrategias para prevenir el cáncer de mama están compuestas de tres variantes: 1) modificaciones del comportamiento o modo de vida (por ejemplo, régimen alimentario, ejercicio, consumo de alcohol); 2) intervención farmacológica (por ejemplo, con tamoxifeno); e 3) cirugía profiláctica (por ejemplo, mastectomía). Aunque algunos factores de riesgo de cáncer de mama no pueden modificarse (por ejemplo, el envejecimiento, la edad el cambio de vida o la menopausia y los antecedentes familiares) y otros, como no haber amamantado, no necesariamente son modificables en todos los casos, es posible asumir responsabilidad tanto a nivel individual como político para controlar algunos de ellos, como la obesidad, el consumo nocivo de alcohol y la inactividad física; como es sabido, el control de estos factores también perfeccionamiento de la salud general, además de reducir el riesgo de cáncer de mama (Salud, Prevención: Factores de Riesgo, 2015).

2.2.4. Una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico es indagando en las propias vivencias de atención.

En los últimos años se ha cuestionado la calidad de la atención a los pacientes de oncología por lo que es relevante mencionar, el presente trabajo que analiza el concepto de experiencia de atención del paciente, así como los factores que ayudan a subir el nivel de atención. Esta investigación busco exponer los beneficios clínicos en el ambiente hospitalario, específicamente en la población oncológica, adicional

sustentaron el rol dinámico que la Psicología ha tenido en la ejecución estas herramientas, en relación con la humanización de la asistencia a hospitales y centro de atención. Para llevar a cabo esta investigación, el autor revisó referencias bibliográficas con evidencia existente al presente y que ubica la experiencia del paciente como una base importante al momento de mejorar la calidad de la atención clínica, junto con la efectividad del tratamiento y la seguridad del paciente.

La investigación sustenta elementos que se vinculan de manera positiva entre ellos y están moderados por la comunicación médico-paciente, lo que evidencia la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación por los profesionales en la práctica clínica, la coordinación de la atención sanitaria, el acceso a los servicios y la percepción del paciente respecto a la atención recibida. Por este motivo, se consideró necesario definir conceptos, antes de señalar los beneficios de su inclusión en variables relativas a la salud y a la práctica clínica (Yélamos, Ana Sanz, Marín, & Martínez-Ríos, 2018).

2.2.5. Atención odontológica de pacientes oncológicos

Para el año 2019 se lleva a cabo un estudio en la ciudad de Cali que tiene como objetivo de este estudio la atención odontológica de los pacientes oncológicos desde un ambiente multidisciplinario, usando como métodos un estudio de tipo cualitativo, descriptivo que uso como herramienta de recolección de datos la entrevista semiestructurada. Los listados de preguntas incluían las unas series de categorías como la atención, el acceso, la integralidad, las limitaciones, fortalezas y recomendaciones. Los voluntarios fueron quince colaboradores institucionales relacionados directamente con la atención del paciente con cáncer. También, se llevó a cabo una investigación documental en las Instituciones escogidas para tal fin específicamente aquellas que prestan los Servicios de Salud. En este estudio los descubrimientos más relevantes están relacionados con la identificación de la ausencia de guías de atención odontológica para los pacientes con cáncer, la presencia de barreras personales, económicas, organizacionales, sociales y

culturales directamente vinculados al servicio y la no inclusión del profesional de odontología en las rutas de atención de cáncer en el Ministerio de Salud y Protección Social. Una de las limitantes con las que se enfrentaron está relacionado con la división en el servicio y la relevancia de la patología estudiada; por otra parte, como ventaja relevante se acepta la capacidad del personal. Las recomendaciones, van conducida directamente a las áreas que presentaron las dificultades, entre estas recomendaciones estas que el área de guías de atención, tenga mayor articulación entre entidades y mayor visibilizarían de la problemática. El estudio concluye que la ciudad de Cali tiene una gran capacidad en sus instalaciones, pero los entrevistados exteriorizaron que no cuentan con una norma clara desde el ente directivo, por lo que, se demuestran la existencia de obstáculos en la atención odontológica. Asimismo, se determina la falta de decisión entre las diferentes instituciones que impide el cumplimiento de la atención integral y equitativa. (Ordoñez, Osorio, & Moreno , 2019)

2.2.6. Principios que intervienen en el bienestar del paciente Oncológico con el cuidado de enfermería

Es relevante detallar el propósito y método de estudios como el del modelo de calidad de la atención de Donabedia que nos dio un sustento teórico para establecer la causa que tienen varios elementos que dan estructura y proceso relacionados con la capacitación del personal de enfermería, experiencia, trato y enseñanza que se ofrece en el bienestar del paciente oncológico con el cuidado de enfermería. En la investigación se usó un diseño descriptivo correlacional en donde el muestreo fue no probabilístico con una muestra de 173 pacientes oncológicos y 11 enfermeras. El tamaño de la muestra se determinó mediante el análisis de regresión lineal múltiple, con un nivel de significancia de .05, una potencia de 0.60 y una R2 de .10 para 5 variables. Los datos se recolectaron por medio de dos cédulas de identificación (CIPE, CIPO) y dos escalas (EEPOt ESP) las cuales mostraron una consistencia interna aceptable (.87 a .94). Contribución y conclusiones: El nivel

académico predominante fue de enfermería general con un 54.5%. La media de años de experiencia laboral fue de 9.18 (DE = 12.82), las medias para las variables trato y satisfacción del paciente fueron de 93.61 y 94.68 respectivamente, el valor más bajo fue para la escala de enseñanza con un 21.11. Para la prueba de hipótesis se aplicó el coeficiente de correlación Spearman en donde la experiencia y enseñanza que proporciona el personal de enfermería no presentaron asociación con la satisfacción del paciente. La capacitación del personal presentó asociación negativa con la satisfacción del paciente ($r^* = -.17$, $\xi = .03$), el trato que proporciona enfermería presentó asociación significativa con la satisfacción ($r = .94$, $\xi = .01$). Se aplicó prueba de regresión lineal múltiple para comprobar el efecto de la preparación, experiencia, capacitación, así como trato y enseñanza que suministra enfermería en la complacencia del paciente y se obtuvo que la contribución demostrativa fue únicamente de las variables de preparación, capacitación y trato que proporciona el personal de enfermería con una $R^2 = .90$. (Sierra Rodríguez, 2002)

2.2.7. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer mama

El siguiente estudio tuvo como objetivo determinar la calidad de vida, y algunos de sus factores vinculados, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama suscritas en programas de tratamiento oncológico en una provincia colombiana.

Se lleva a cabo un estudio transversal se examinaron las dimensiones de la escala de WHOQOL BREF concernientes con la calidad de vida de 220 de pacientes con cáncer de mama que estaban en procedimiento. Se lleva a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, posterior se estudiaron los puntajes de calidad de vida de las pacientes, según características demográficas, clínicas y sociales, y por último se identificaron algunas características que explicaban simultáneamente su calidad de vida.

Como resultados la calidad de vida presento mejores porcentajes en las mujeres con mayor nivel de escolaridad, las afiliadas al régimen contributivo en salud, las que recibían apoyo por parte de familiares, las que provenían del nivel socioeconómico alto y las que tenían como soporte para afrontar la enfermedad sus creencias personales (religiosas y espirituales). Pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y ser escéptica constituyeron factores de riesgo para alcanzar puntajes menores en la calidad de vida.

El estudio pudo concluir que la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama fue menor, tanto en una escala global como en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y del entorno, en quienes procedían de estratos socioeconómicos más humildes. El estudio propuso la intervención psicosocial, a través de técnicas centrados en las pacientes, como estrategia que puede mejorar su calidad de vida, especialmente de aquellas de nivel socioeconómico bajo. Es necesario fortalecer las estrategias de afrontamiento de la enfermedad de las pacientes, teniendo como principal recurso el apoyo moral, social y espiritual de su entorno (Salas Zapata C, 2018).

PARTE III: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. Bases teóricas

El diagnóstico y padecimiento de una enfermedad oncológica enfrentan al paciente a su propia muerte y finitud, y constituyen una vivencia traumática que puede desestabilizarlo emocional y psicológicamente, dificultando su capacidad de adaptación y control, lo que propicia el desarrollo de altos niveles de estrés y alteraciones emocionales y psicológicas, así como una sintomatología depresiva o ansiosa, que puede ser confundida con la sintomatología provocada por la enfermedad. Esto no solo tiene una implicación individual en relación a las repercusiones psicológicas y fisiológicas internas, sino que también abarca un componente social (BLANCO-PIÑERO N, 2015)

Por lo antes expuestos es relevante tomar en cuenta los factores que influyen en la atención de pacientes con cáncer de mama con edades de entre los veinte (20) y treinta (30) años, atendidas en el Instituto Oncológico Nacional De Panamá., para sustentar los factores que influyen se han llevado estudio de tipo cualitativo, descriptivo en donde se emplea la entrevista semiestructurada como herramienta de recolección de datos. (Ordoñez, Osorio, & Moreno , 2019)

Para llevar el tipo de investigación planteado es necesario realizar un plan de actividades que incluye una serie de entrevista dentro de Instituto Oncológico Nacional de esta manera se obtiene acceso a la información verídica.

Proponemos un plan de actividades estratégicas para la recolección de la información e intervenciones psicológicas como parte de las estrategias para conocer los factores que influyen en la atención a las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

El cáncer crea una significativa angustia psicológico que adquiere niveles de malestar emocional clínico en la mitad de las personas que lo sufren y se acompaña de trastornos psicopatológicos en más del 30% de los casos, una prevalencia predominante a la de la

población general, que precisa atención psicológica especializada. El malestar emocional es alto desde el inicio hasta el final de los procedimientos médicos y es un factor de riesgo de trastornos psicopatológicos. Estas dificultades solicitan una adecuada detección y evaluación, a menudo obstaculizada por distintos motivos. Se exigen equipos simples, de fácil aplicación en las consultas médicas y adecuadas para detectar el malestar emocional y los problemas de salud mental que pueden sufrir estas personas; con ello se facilitaría la derivación de estos pacientes a la consulta del psicooncólogo para dar el tratamiento específico a los que lo precisen, en el contexto de la atención integral al paciente oncológico. (Hernández & Antonio Cruzado, 2013)

Tabla 1: Cuadro de Actividades Propuesto

Actividades	Objetivo	Técnicas de recolección	Ejecutor
Reunión con el encargado de la oficina o departamento administrativo	Permiso para acceso a las instalaciones y. a la recolección de información. Permiso para realizar entrevistas con el personal idóneo. Permiso para las entrevistas con las pacientes que acepten de forma voluntaria	Entrevista	El Investigador
Entrevista con enfermera Oncológica	Identificar el plan de trabajo actual del personal de enfermería.	Entrevista	El investigador
Entrevista con las encargada de RRHH	Identificar las funciones del personal administrativo.	Entrevista	El investigador

Entrevista con la psicóloga/o en el área de atención a las familias	Verificar el plan de intervención con los pacientes y familiares	Entrevista	El investigador
Entrevista con las pacientes	Verificar el nivel de influencia de la atención en sus tratamientos e intervenciones	Entrevista estructurada	El investigador
Descripción de la investigación	Presentar estrategias para la ION	Análisis de entrevistas	El investigador
Presentación	Publicar con fines educativos	Artículo	El investigador

Fuente; Elaboración del autor

3.1.1. Modelo de programas de atención a pacientes y familiares

Cabe mencionar que una de las mayores metas que persigue la aecc es poder brindar a los individuos enfermas de cáncer y a sus familias servicios que garanticen una adecuada calidad de vida durante la enfermedad. Para ello, la asociación cuenta con una red de residencias y pisos de acogida distribuidos en 18 provincias. Las habitaciones en los pisos y residencias oncológicas son completamente gratuitas para pacientes y familiares y pretende cumplir con los principios esenciales: impedir los efectos negativos de la hospitalización y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas de cáncer y sus familias. En pocas palabras, poder estar como en casa mientras se recibe el tratamiento oncológico lejos del lugar de residencia. Los pisos y residencias de la aecc están ubicados en las importantes ciudades españolas que cuentan con hospitales de referencia en procedimiento oncológico pediátrico, médico y radioterápico. De esta manera, los pacientes y sus familiares pueden hacer frente al cáncer sin tener que hacer frente a los gastos originados por el obligado desplazamiento.

La Junta Provincial de Madrid, en ayuda con la empresa Equidae, ha desarrollado un proyecto piloto con un grupo de adolescentes afectados por cáncer con los que se trabajarán los principios de la equinoterapia mediante el Programa de Psicoterapia Asistida con Caballos. Se pretende disminuir el aislamiento social, incrementar la actividad física y ofrecer un espacio de ocio que sea punto de encuentro.

Declaración Institucional habla sobre la “mejor estrategia para la prevención del cáncer del Sistema Nacional de Salud” propone la “atención multidisciplinar” como parámetro de calidad y como eje del modelo organizativo de la atención oncológica. La Estrategia contempla este modelo asistencial como un factor clave para afrontar la variabilidad en la práctica clínica y la inequidad en el acceso al diagnóstico y tratamiento del cáncer. La organización multidisciplinar debe mejorar el abordaje y la gestión de transiciones significativas como la del paciente niño al paciente adulto y más genéricamente la que se da entre el tratamiento activo y los cuidados paliativos.

Una de las iniciativas con alto nivel de efectividad es las nuevas iniciativas de cuidar a los cuidadores ya que cuidar no es una tarea fácil. En muchas ocasiones, la familia padece muchas de las consecuencias del cáncer y no siempre está dispuesta para enfrentarse a los problemas que se pueden presentar durante el curso de la enfermedad. Todos los cuidadores tienen en común un destino similar: Su vida gira en torno al hecho de haber logrado el compromiso principal sobre el paciente oncológico. La Junta Provincial de la aecc en Zaragoza, consciente de esta realidad, ha puesto en marcha un grupo de intervención psicoeducativa con el que se pretende, a través de varias sesiones, informar y formar a los cuidadores en el cuidado del enfermo y en su propio autocuidado. Es una experiencia piloto que pretende, no solo apoyar al cuidador, sino mejorar la calidad de vida del enfermo optimizando las habilidades del cuidador. (ASOCIACIÓN, 2010).

3.1.2. Programas de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

La Sociedad Americana Contra El Cáncer posee muchos recursos para ayudar a las personas con cáncer y a sus seres queridos y lo más sobresaliente de todo, es que es gratuita nuestra ayuda es gratuita. Es posible de alguna manera que se pueda remitir a estos recursos, a las personas que lo soliciten y que este afrontando esta situación ya sea que familiar, afectado directo o una persona a cargo del cuidado de una persona con cáncer, así como un guía en su comunidad, un voluntario, profesional de la salud o alguien que demanden los servicios de los que también pueden ser referidos y que cuenten con la disponibilidad en su región a bajo costo.

Estos programas cuentan con algo más de 45 años, denominados programa Recuperación a su Alcance (Reach To Recovery) de la Sociedad Americana Contra El Cáncer ha ayudado a las personas a sobrellevar la experiencia del cáncer de seno tan pronto surge el evento inicial de un diagnóstico y mientras este cáncer sea una intranquilidad en sus vidas. Programas como este son apropiados desde los inicios del diagnóstico ya que el impacto de enterarse de que tiene cáncer de seno, puede que se sienta agobiada, vulnerable y sola. Durante esta experiencia, asimismo puede causar resistencia tener que formarse repentinamente sobre procedimientos médicos complejos y tratar de elegir el más adecuado para usted. Las voluntarias del programa recuperación a su Alcance están especialmente capacitadas para asistir a estas personas durante estos instantes al ofrecerles cierto alivio a la angustia, así como una ventaja para establecer una base emocional importante al momento de tener que tomar decisiones. Como sobrevivientes del cáncer de seno, nuestras voluntarias brindan tanto a los pacientes como a sus familiares la oportunidad de expresar sus sentimientos, hablar sobre sus temores e inquietudes, y hacerle preguntas a alguien que ha pasado por esa experiencia. Es importante destacar que las voluntarias de Recuperación A Su Alcance ofrecen comprensión, apoyo y esperanza porque ellas mismas han sobrevivido al cáncer de seno y han vuelto a tener vidas fructíferas. Las voluntarias del programa no ofrecen orientación médica.

3.1.3. Modelo de Funcionamiento del programa

Este programa de consultas está dirigido a personas por vía telefónica, un conjunto de voluntarias del esquema recuperación a su gravedad brindan apoyo a personas que:

- Afrontan un posible diagnóstico de cáncer de seno, el retorno del cáncer o un cáncer de seno avanzado.
- Consideran hacerse una tumorectomía, una mastectomía o una reconstrucción del seno, o ya se sometieron a estas cirugías.
- Padecen linfedema.
- Reciben o han completado el tratamiento, incluyendo quimioterapia y radiación.
- Las voluntarias están capacitadas para brindar sostén e indagación actualizada, incluyendo material explicativo para cónyuges o parejas, niños, amigos y otros seres queridos. (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2022)

Un porcentaje importante de la carga de trabajo que el cáncer genera recae en los profesionales de atención primaria, por lo que las consultas son cada vez más frecuentes los pacientes oncológicos, con varios tipos de cáncer, cada cual con sus características y avance diferente. Si bien es cierto que los procedimientos han adelantado mucho, consiguiéndose el control y en muchos casos la curación de la enfermedad, un elevado porcentaje no prevalece la enfermedad y cohabita con ella hasta la fase terminal, aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses.

La falta de experiencia en su manejo, el tradicional olvido de la formación médica en estas áreas y los problemas emocionales inherentes a la atención a estos pacientes que en muchas ocasiones enfrenta solo, sin medicación ni equipo adecuado, hacen que a veces el médico de Atención Primaria no se sienta preparado para abordar estos casos

y que se deriven al nivel especializado. Esta derivación es casi siempre innecesaria, ya que el paciente y su entorno familiar y de estar rodeado de los suyos, que es lo deseado por la mayoría de los enfermos terminales. No debemos olvidar, además, que cada día es mayor el número de supervivientes de cáncer y que éstos tienen el derecho a un seguimiento adecuado y a un apoyo psicológico que no siempre se les presta. (González Carnero & Sánchez Nava, 2011)

3.1.4. Situación actual de la evaluación y asistencia psicológica

Diversos estudios sustentados, que los pacientes con cáncer muestran altos porcentajes de perturbaciones psicopatológicas y de molestia emocional, más prevalentes que en la población general. Sin embargo, existe una desproporción entre la meta asistencial de dar atención psicológica a todos los pacientes que lo solicitan y la situación actual en la que sólo un 10% de estos pacientes son enviados a proceso psicológico esto lo afirma Cruzado y Hegel en el 2006 y posteriormente en el 2010, dato preocupante si se debe, como denuncia la Dra. Holland, a que sólo uno de cada diez pacientes con incomodidad emocional recibe asesoramiento para obtener ayuda tal como lo afirma Holland y Sheldon, en el 2003). Se sabe que las dificultades psicológicas pueden ser causa de complicaciones físicas y afectar de modo adverso al estado general de la persona que los padece, un fenómeno recogido por el DSM-IVTR. Un provechoso y temprana revelación aumentaría el número de pacientes que pueden beneficiarse de los recursos psicológicos ya disponibles en muchas instituciones, perfeccionando la adherencia al método médico y dotando al paciente de habilidades de afrontamientos y de cambio, así como conocer específicamente los potenciales perturbaciones psicopatológicas o la sintomatología para corregir su evolución clínica y la calidad de sus vidas, vemos entonces inversamente, la falta de evaluación de las necesidades psicosociales de los pacientes con cáncer implica un mal uso de los recursos asistenciales, por ejemplo, que los sanitarios sólo envíen al paciente al psicólogo o al psiquiatra cuando los síntomas ya se han agravado o han aparecido problemas de comunicación (L. Back, , Arnold, & F. Baile., 2005)

En esta investigación, vemos un modelo de técnicas para mejorar la atención en el cuidado a las pacientes, una especie de hoja de ruta, para los médicos. Se recurre a la literatura empírica en los casos en que está disponible y se reconoció que es necesario llevar a cabo una investigación sustancial para ampliar la base de pruebas de estas recomendaciones. También se busca mejorar las habilidades de comunicación ya que es mucho más fácil en el contexto de programas educativos que proporcionan tiempo protegido para centrarse en estas habilidades y en la retroalimentación constructiva. Nuestra esperanza es que haya muchas más oportunidades educativas de este tipo para de estas oportunidades educativas para los médicos de oncología en el futuro.

3.1.5. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama

A través de los años de experiencia en la atención de mujeres con cáncer de mama, cada vez estamos más convencidas de que la real necesidad que tienen estas pacientes es una atención profesional orientada a: “ofrecer atenciones, informar, acompañar y dirigir en todo el proceso de la enfermedad”. A cada paciente le hacemos una invitación a trabajar en conjunto con nosotros, los profesionales y con su familia más cercana, para que se logren ciertas metas propuestas en conjunto. Nuestra apuesta y el actuar de enfermería está planteado “desde y para la Mujer”, dándoles el valor y el ánimo necesarios para enfrentar lo mejor posible este reto que la vida les presenta. La atención de enfermería la planificamos e implementamos desde esa premisa y está concebida como un proceso continuo y totalmente personalizado, que parte desde el mismo momento en que la mujer actual, activa, independiente y autoexigente. Sabemos que tan sólo la palabra cáncer puede crear sentimientos intensos e inesperados. Sabemos también que la mujer se ve afectada integralmente en el ámbito físico, psicológico, social, sexual, laboral, económico, etc. De esta manera nuestro quehacer también está orientado a ayudarla a reconocer sus emociones, temores y sentimientos, y entregarle ciertas “instrumentos” que le ayudarán a encaminar de la manera más conveniente posible. (Riquelme E. & Sepúlveda P., 2006).

3.1.6. Aspectos laborales en el cáncer de mama

A pesar de que un porcentaje considerable de pacientes que han superado un cáncer están capacitados para trabajar, la realidad muestra que muchos presentan problemas de discriminación laboral. El cáncer de mama suele ocurrir en edades donde la mujer es laboralmente activa. Su diagnóstico está asociado a pérdidas de productividad laboral y rendimiento en el trabajo, sobre todo durante el primer año y hasta los 5 años posteriores a su diagnóstico, incluso si el cáncer fue diagnosticado en estadios incipientes y con buen pronóstico. Según un estudio reciente publicado en nuestro país⁴⁸ es importante, de cara a la valoración de la incapacidad laboral en el cáncer de mama, la realización de una historia clínica completa, destinada a conocer el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, valorando el estado actual de la paciente, las secuelas que pueda presentar y prestando especial atención al linfedema. Los antecedentes familiares, personales y laborales también deben registrarse en la historia de la paciente. Asimismo, es fundamental una exploración física completa, entrevista psicológica y valoración de capacidades funcionales (Díaz García, Carmen, & Redondo Margüello, 2014).

3.1.7. Criterios de incapacidad laboral en cáncer de mama

El cáncer de mama constituye la neoplasia más frecuente en el sexo femenino, con prevalencia creciente en todos los países de nuestro entorno y también en España. Predomina en el sexo femenino, pero no son descartables los casos en los que es el hombre el afectado y en los que destacan por su importancia los riesgos inherentes al trabajo desempeñado. La importancia de los costes indirectos de esta enfermedad deriva de su elevada prevalencia en edad laboral, conllevar prolongados periodos de incapacidad temporal (IT) e incapacidades permanentes (IP), cuando las limitaciones sean incompatibles con la actividad laboral y una vez agotadas todas las opciones de readaptación/reincorporación laboral. Revisaremos los criterios existentes al respecto para poder establecer unas pautas orientativas de utilidad en la práctica diaria, en

medicina del trabajo y asistencial (primaria y otras especialidades), siempre en coordinación con los equipos médicos de valoración de incapacidades del INSS.

(Vicente-Herrero, Terradillos García, & Ramírez Iñiguez de la Torre, 2013)

3.1.8. Implemente sistemas de apoyo a la mejora de la calidad a nivel global de la organización

Una de las principales conclusiones de la colaboración DUQuE es que dentro de cualquier hospital funcionan múltiples sistemas de calidad. Estos sistemas de calidad deben estar bien alineados para conseguir el mayor impacto y minimizar la burocracia innecesaria o la documentación que quita tiempo de atención al paciente.

Las actividades de calidad en los servicios están estrechamente relacionadas con los resultados en la atención.

Los sistemas de gestión de calidad de los hospitales se deben concebir pensando en apoyar a los servicios para que realicen una atención de alta calidad.

En primer lugar, los sistemas de gestión de calidad de todo el hospital es necesarios establecer prioridades, las estructuras, formar el comité de infección, los procedimientos para la difusión de información y la modernización de las guías de buenas prácticas, la recolección de datos y los sistemas de monitorización de la calidad. Estos sistemas son un pre-requisito para la mejora de la calidad en las unidades de la organización; sin embargo, deben ser diseñados para servir de apoyo a los procesos de mejora clínica y de la atención centrada en el paciente en lugar de convertirse en un fin en sí mismos.

En segundo lugar, es necesario monitorizar a nivel de toda la organización la aplicación de las políticas globales del centro. No son suficientes las formulaciones de su misión y una mentalidad “de poner cruces en las casillas”. Las políticas se pueden evaluar de forma más efectiva en base a la evidencia en los documentos, los informes, los

archivos, los registros de cumplimiento, los procedimientos y las actividades, y la observación directa.

En tercer lugar, la gestión de calidad en todo el hospital tiene que entenderse en acciones de mejora de calidad a nivel clínico. De lo contrario, corre el riesgo de ser considerada un ejercicio burocrático. Existe un extenso matiz de estrategias a nivel clínico y instrucciones de la organización que deben ser evaluadas en los servicios, mediante informes para la prevención y medición de las infecciones, para tal fin presentan siete estrategias clave para mejorar la calidad y la seguridad en los hospitales

1. Organice sus técnicas organizativas con los sistemas de presión externa
2. Situe la calidad entre las principales preferencias de su agenda
3. Incluya sistemas de apoyo a la mejora de la calidad a nivel global de la organización
4. Asegure la clara entrega de responsabilidades y la experiencia de los equipos en todos los servicios o departamentos
5. Establezca los trayectos clínicos en base a la certeza de las intervenciones de calidad y seguridad
6. Implemente sistemas de información orientados a las trayectorias clínicas
7. Realice evaluaciones regulares y suministre una retroalimentación.

3.1.9. Cómo mejorar la satisfacción del paciente

Se debe llevar a cabo algunos pasos tales como

1. Incremente la confianza.

Todas las relaciones deben apoyarse en la confianza. Por eso tienes que generar seguridad manteniendo conversaciones claras y sinceras. Asegúrate de qué espera el

paciente y de lo que tú puedes cumplir con tus servicios y experiencia profesional y demuestra respeto y profesionalidad en todo momento.

3. Ofrezca una excelente atención al paciente.

Debes evitar las evaluaciones negativas al máximo. Para esto, es necesario que establezcas contacto visual con el paciente y que atiendas a sus dudas e inquietudes de forma oportuna.

4. Haz que se sientan satisfechos en todo momento.

Tu clínica debe ser acogedora y cómoda, permitir que los pacientes hablen honestamente y evitar mostrarte como un (Megías, 2021)

La historia de la medicina se ha destacado por mostrar los avances que han tenido una gran valorización en el crecimiento de la ciencia en favor de los pacientes. Así mismo, grandes acontecimientos que han dado lugar a avances en los procesos de salud y enfermedad.

En ese marco histórico, el padecimiento como parte de la vida humana aprueba claramente referenciar los vínculos exitosos que tienen al orbe de protagonista a través del tiempo ya que generan cambios a todo nivel por el impacto en la sociedad desde aristas culturales, políticas, económicas, entre otras, y que deciden los progresos y novedades en la humanidad de cara a las crisis sanitarias.

Todos estos elementos son los que nos condujeron a nosotros, como protagonistas de las dificultades que ha generado la pandemia en los servicios de salud. Como decía el gran político y pensador británico Winston Churchill, “el precio de la grandeza es la responsabilidad”, de tal modo que nosotros sentimos la obligación y compromiso de buscar desde nuestro ejercicio académico y profesional las herramientas que permitieran gestionar procesos de salud óptimos en el desarrollo de la atención en todo el escenario de la pandemia. Esas herramientas, indiscutiblemente deben estar compuestas por engranajes de humanización que sensibilicen no solo a los practicantes

de las ciencias de la salud (CASTRO PERDOMO, DURÁN MARÍN, & HERNÁNDEZ GARCÍA, 2020)

3.1.9. La calidad de vida en pacientes oncológicos es un constructo multidimensional que debe ser analizado con un enfoque integral.

Este estudio tiene como objetivo: determinar la calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2018. El estudio llevo como metodología estudio cuantitativo descriptivo, realizado en 80 pacientes hospitalizados para recibir tratamiento oncológico que firmaron un consentimiento informado. Se aplicó un formulario en el que constan datos sociodemográficos, características del cáncer y un Inventario de Calidad de Vida y Salud denominado (InCaViSa), los datos fueron analizada con el programa SPSS versión 25, se utilizaron como estadísticos frecuencias y porcentajes. Resultados: el 47.6% de los pacientes perciben tener una mala y muy

mala calidad de vida, la patología más frecuente fue el cáncer de mama (30%), el 53.8% recibieron quimioterapia, el 61.3% tenían un tiempo de enfermedad menor de 1 año. En las áreas del cuestionario InCaViSa presentaron puntuación baja en: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, actitud ante el tratamiento, tiempo libre y vida cotidiana; puntuación alta en: funciones cognitivas, familia y redes sociales.

Con los datos antes expuestos se expuso que cerca de la mitad de los participantes percibieron su calidad de vida como mala y muy mala, en las áreas afectadas se encontró que tanto el apoyo familiar y social eran positivos, en contraste con la mala adherencia al tratamiento y una relación negativa entre médico-paciente. (Mosquera & Lorena, 2020)

Ley. 59 del 28/12/2005

Para efectos de la investigación es relevante mostrar como sustento de normativas que apoyan la iniciativa de una mejor atención a las pacientes diagnosticadas y en remisión de cáncer de mama, En adelante se expondrá parte de las leyes o normativas vigentes en Panamá que apoyan los resultado y recomendaciones de investigaciones como la expuesta en este texto.

Mediante la Ley 151 del 24 de abril de 2020 se adicionó el artículo 4-A a la Ley 59 del 28 de diciembre de 2005, por medio de la cual se adoptaron normas de protección laboral para las personas con enfermedades crónicas, involutivas o degenerativas que produzcan discapacidad laboral.

El artículo 4-A, recién adicionado, establece que todo trabajador nacional o extranjero, que sea reintegrado por estar amparado por la Ley 59 de 2005, tendrá derecho a que se le paguen los salarios dejados de percibir desde el día de su suspensión o despido y hasta el momento en que se haga efectivo el reintegro, debiendo ocupar el mismo cargo, salvo que acepte uno de iguales condiciones.

La protección laboral que otorga la Ley 59 de 2005 implica que un trabajador, nacional o extranjero, que se le detecte una enfermedad crónica, involutiva o degenerativa sólo pueda ser despedido por causa justificada y previa autorización judicial

Ley 154

GACETA OFICIAL: 29023-A

Que Crea El Programa Nacional De Apoyo, Prevención Y Atención Integral Para Las Personas Que Padecen Enfermedades Oncológicas.

Capítulo I: Disposiciones Generales Artículo 1: Se crea un Programa Nacional Permanente de apoyo, prevención y atención integral oportuna para las personas por

Diagnosticar y Diagnosticadas por enfermedades Oncológicas, en adelante el Programa, como política de salud pública, con la finalidad de ofrecerles apoyo, orientación y soporte emocional, para favorecer la salud y calidad de vida. Artículo 2: Para los efectos de esta Ley, los siguientes términos se entenderán así: 1. Calidad de Vida: Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. 2. Beneficiarios: Aquella persona o personas que cumplen con los requisitos y obligaciones para obtener las prestaciones otorgadas por las normas vigente. 3. Fondo Especial para los Beneficiarios de Oncología (FEBO): Herramienta financiera para el manejo de los recursos económicos destinados a los beneficiarios. 4. Registro de Beneficiarios: Base de datos depurada regularmente que incluye a las personas que cumple con los requisitos y condiciones establecidas en esta ley, para recibir los apoyos previstos. Artículo 3: El Programa tiene como objetivo general, brindar como básico pero no limitado, a la persona adulta o menor de edad, que se sospecha o padece de cáncer, en cualquiera de sus manifestaciones, las facilidades para que reciba atención o tratamiento en el Instituto Oncológico Nacional, Caja del Seguro Social y sus Agencias Regionales, Hospital Santo Tomas, Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, o cualquier otro Hospital que se cree a futuro, así como a su familiar o acompañante; consistentes en un hogar de paso o alojamiento transitorio, que ofrezca las condiciones esenciales para el aseo y descanso; servicio de transporte y/o pago del costo del desplazamiento , el apoyo económico para los gastos de alimentación y un descuento del 25% en las farmacias para la compra de medicamentos, que por la enfermedad de cáncer se sospecha o padecen y le 5 sean prescritas por un médico idóneo, descuento que se aplicara sin detrimento alguno de cualquier otro descuento que ya reciban. El Programa también incluirá apoyo técnico al beneficiario y sus familiares, por parte de un equipo multidisciplinario. Artículo 4: El Programa tendrá como objetivos específicos: 1. Mejorar la calidad de vida de la persona adulta o menor de edad, que se sospecha o padece de cáncer, en la República de Panamá. 2.

Proporcionar asistencia económica a los beneficiarios del Programa, para contribuir a satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, alojamiento temporal y en lo que respecta a sus traslados al nosocomio para su debida atención. 3. Favorecer el acceso de las personas a los exámenes preventivos y tratamientos médicos contra el padecimiento de cáncer. 4. Suministrar a los beneficiarios del Programa, que consten en el registro de datos de las personas que cumplan con los requisitos y las condiciones previstas en la presente ley; un carné, que será expedido por el Ministerio de Salud, para facilitar el acceso a los beneficios previstos en la presente ley. 5. Coadyuvar con la detección o elaboración de un diagnóstico oportuno del cáncer, así como la implementación de campañas masivas a nivel Nacional para este fin. Artículo 5: Para los fines de ejecución del Programa descrito en la presente Ley, se asignará a cada Junta Comunal a nivel nacional un monto mínimo de BI 6,000.00 anuales, proveniente del FEBO; suma que deberá ser distribuida exclusivamente entre los beneficiarios del programa, previa sustentación y según conste en el registro respectivo. Para la adecuada administración y distribución de los apoyos económicos a cada beneficiario que así lo requiera, las Juntas Comunales exigirán al beneficiario su identificación, documentos que acrediten la programación y/o asistencia a citas médicas y/o atenciones médicas y los documentos necesarios para acreditar la existencia y parentesco de su acompañante.

Conclusiones

En el presente trabajo se puede evidenciar los siguiente:

1. Las pacientes con cáncer de mamas atendidas en el Instituto Nacional Oncológico luchar con su propia enfermedad que suele ocasionar una serie de reacciones emocionales negativas.
2. Se observó que la mayoría de la paciente tiene una relación normal con el médico y personal del Instituto Nacional Oncológico, aunque algunas pacientes manifiestan una relación negativa, lo que ha conllevado una mala adherencia al tratamiento, debido a que son las persona con la que llegan a mantener más contacto durante su enfermedad, una buena comunicación entre el personal de atención y el paciente tiene una influencia importante en los factores de atención que mejoran la calidad de vida de las pacientes.

Referencias

- Hernández, M., & Antonio Cruzado, J. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clinica y Salud*, 24, 1-9. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v24n1/original1.pdf>
- ASOCIACIÓN, E. (2010). Programa de atención a pacientes y familiares. *AECC*(19).
doi:<https://www.contraelcancer.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/revista-19.pdf>
- BLANCO-PIÑERO N, A.-J. R.-F.-G.-S.-G. (2015). Alteraciones emocionales y psicopatológicas en pacientes oncológicos laringectomizados. *medes*, 66(4), 210-217. doi:10.1016/j.otorri.2014.09.006 *
- CASTRO PERDOMO, P., DURÁN MARÍN, A., & HERNÁNDEZ GARCÍA, J. (2020). *ESTRATEGIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN HUMANIZADA A PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS POR*. Obtenido de <https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/1782>

/Estrategia%20para%20el%20mejoramiento%20de%20estandares%20de%20atencion%20en%20pacientes%20de%20uci%20por%20covid.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Díaz García, N., Carmen, C., & Redondo Margüello, E. (2014). Actualización del cáncer de mama en atención primaria. *SEMERGEN Medicina Familiar*, 41(2), 76-88. Obtenido de <file:///C:/Users/Nair/Downloads/S1138359314001683.pdf>

Ecuador, M. d. (2016). *Seguridad del Paciente*. Quito, Ecuador: Edición General. Obtenido de La seguridad del paciente, representa un desafío global para los sistemas de salud, por lo que

González Carnero, R., & Sánchez Nava, J. (2011). Necesidades Formativas en la Atención a Pacientes Oncológicos en Castilla-La Mancha. 4(3), 186-192. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n3/original1.pdf>

L. Back, A., Arnold, R., & F. Baile, W. (2005). Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *American Cancer Society, Inc*,

164-177. Obtenido de <https://www.londonneonatalnetwork.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/Article-Back-et-al-AskTellAsk2005.pdf>

Megías, R. (2021). <https://brandandhealth.com/mejorar-la-satisfaccion-del-paciente-10-pasos-te-recomiende-sin-dudar/>.

doi:<https://brandandhealth.com/mejorar-la-satisfaccion-del-paciente-10-pasos-te-recomiende-sin-dudar/>

Mosquera , R., & Lorena, M. (2020). Calidad de vida percibida por pacientes.

Revista de Facultad Medica de Universidad de Cuenca, 38(1). doi:l:

<https://doi.org/10.18537/RFCM.38.01.0>

O, G., D, K., & R, S. (2014). *Siete estrategias clave para mejorar la calidad y*

seguridad en los hospitales. Obtenido de

[http://www.duque.eu/uploads/ESP_11mrt015%20Erasmus%20Seven.](http://www.duque.eu/uploads/ESP_11mrt015%20Erasmus%20Seven.pdf)

pdf

Ordoñez, D., Osorio, k., & Moreno , F. (2019). Atención odontológica de

pacientes oncológicos desde la perspectiva de actores institucionales

en Cali, Colombia, 2019. 1-13. Obtenido de

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/83197/pdf>

Riquelme E., B., & Sepúlveda P., B. (2006). Atención de enfermería en las pacientes con Càncer de mama. *Med. Clini*, 17(4), 1-4. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-atencion-enfermeria-pacientes-con-cancer-X0716864006320808>

Salas Zapata C, G. R. (2018). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con càncer de. *ScCIELO Revista Panamerica de la salud pública*, 28(1), 9-18. Recuperado el Marzo de 2022, de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/9-18/es>

Salcedo, C., Dìaz, J., & de Bolivar, Y. (2019). *Registros Hopsitalarios*. Panamá. Obtenido de <https://www.ion.gob.pa/site/wp-content/uploads/2015/05/BOLETI%CC%81N-2019.pdf>

Salud, O. M. (s.f.). doi:<https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/breast-cancer>

Salud, O. M. (2015). *Prevención: Factores de Riesgo*. Geneva, Switzerland.

Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/prevencion-factores-riesgo.pdf>

SALUD, O. P. (2015). PLANIFICACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRALES

CONTRA EL CÁNCER DE MAMA. Obtenido de Website:

www.uicc.org

Sierra Rodriguez, C. (2002). *Factores que influyen en la satisfacción del*

paciente Oncológico con el cuidado de Enfermería. Obtenido de

<http://eprints.uanl.mx/6597/1/1080116254.PDF>

Sociedad Americana Contra el Cáncer, I. (2022).

doi:<https://www.cancer.org/es/programas-y-servicios-de-apoyo.html>

Society, A. C. (26 de Noviembre de 2018). CÓMO SELECCIONAR SU

EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA. *American Cancer Society* .

Obtenido de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/su-equipo-de-tratamiento/profesionales-de-la-salud-relacionados-con-la-atencion-del-cancer.html>

Vicente-Herrero, M., Terradillos García, M., & Ramírez Iñiguez de la Torre, M.

(2013). Criterios de incapacidad laboral en cáncer de mama.

sciencedirect, 39, 61-120. Obtenido de

<https://doi.org/10.1016/j.semerng.2012.04.011>

Yélamos, C., Ana Sanz, Marín, R., & Martínez-Ríos, C. (2018). Experiencia

del paciente: una nueva forma de entender la atención al.

Psicooncología, 15(1), 1-12. Obtenido de

<https://doi.org/10.5209/PSIC.59184>