

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PARA  
SATISFACCIÓN DE PERSONAS POSQUIRÚRGICAS, SERVICIO  
DE CIRUGÍA - HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ  
BUTRÓN” PUNO 2018**

**Tesis presentada por la Maestra:**

**FILOMENA LOURDES QUICAÑO NÚÑEZ**

Para optar el Grado Académico de Doctora en  
Ciencias: Enfermería.

Asesora: Dra. Sonia Olinda Velásquez Rondón

**AREQUIPA – PERÚ**

**2018**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la oportunidad de culminar estos estudios y porque día a día me ilumina con su sabiduría, dándome las fuerzas y capacidades para llegar a ser la persona que soy, por acompañarme en los momentos difíciles y brindarme la familia que tengo.

A mis padres quien me ha dado la vida y ser mi fortaleza.

A mi esposo, mis hijos Bret y Rid quienes estuvieron juntos en esta travesía.

**Lourdes**

## AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por haberme dado fuerzas y capacidad de entendimiento para alcanzar mis metas y sueños por guiarme en todo momento y darme paciencias para mantener la calma en los momentos más difíciles.

Mi agradecimiento a la Universidad Nacional de San Agustín de forma especial a la Escuela de Posgrado Unidad de posgrado de la Facultad de Enfermería por acogerme en sus aulas y formarme doctora.

A la Universidad Nacional del Altiplano Puno por apoyar en mi capacitación, institución donde laboro.

A mi asesora Dra. **Sonia O. Velásquez Rondón**, que con su ayuda, consejos, conocimientos y tiempo he podido culminar el presente trabajo de investigación.

A los docentes quienes me han brindado sus enseñanzas y experiencias.

**Lourdes**

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRAC</b>	
<b>RESUMO</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
B. OBJETIVOS	17
C. HIPÓTESIS	17
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
A. ANTECEDENTES	18
B. BASE TEÓRICA, MODELO TEÓRICO	21
C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	62
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	63
E. ALCANCES Y LIMITACIONES	63
<b>CAPÍTULO III: MARCO OPERACIONAL</b>	
A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	64
B. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	66
C. POBLACIÓN	67
D. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	70
B. DISCUSIÓN	86
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. CONCLUSIONES	88
B. RECOMENDACIONES	89
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	CARACTERIZACIÓN DE LOS PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018	71
TABLA 2	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS POST QUIRÚRGICAS HOSPITALIZADAS EN CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018	72
TABLA 3	DIMENSIONES DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PRE Y POST TEST. CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.	74
TABLA 4	TRATO HUMANO (PRE TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO (MOMENTO 0). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.	76
TABLA 5	CUIDADO ASISTENCIAL (PRE TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (MOMENTO 0). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.	77
TABLA 6	TRATO HUMANO (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (1° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.	78
TABLA 7	TRATO HUMANO (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (2° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.	79
TABLA 8	TRATO HUMANO (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (3° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN”, PUNO, 2018.	80
TABLA 9	TRATO HUMANO (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (4° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.	81

TABLA 10	CUIDADO ASISTENCIAL (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (1° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.	82
TABLA 11	CUIDADO ASISTENCIAL (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (2° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN”, PUNO, 2018.	83
TABLA 12	CUIDADO ASISTENCIAL (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (3° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN”, PUNO, 2018.	84
TABLA 13	CUIDADO ASISTENCIAL (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (4° MEDICIÓN) CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN”, PUNO, 2018.	85

## RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó con el **objetivo** de evaluar la calidad del cuidado humanizado de enfermería en sus dos dimensiones: trato humano y cuidado asistencial, para la satisfacción de las personas posquirúrgico del servicio de Cirugía del Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón", Puno, 2018, Como **material y método** se utilizó la observación y la encuesta, y una intervención motivadora, fortaleciendo el cuidado humanizado en el profesional de enfermería; con un diseño de estudio pre experimental y evaluación pre y post valoraciones . La población estuvo conformada por ocho enfermeras y (43) personas post quirúrgicas hospitalizados. Los datos fueron obtenidos mediante la técnica la guía de observación y el cuestionario CARE-Q (Caring Assessment Instrument), de satisfacción por el cuidado recibido; dada las categorías ordinal de las variables se utilizó la estadística paramétrica Ji cuadrado para comparar resultados en dos dimensiones: trato humano y cuidados asistencial. Verificando el impacto del cambio en el cuidado con la comparación de satisfacción por el cuidado en cinco momentos. **Resultados:** la intervención modificó significativamente los niveles del cuidado humanizado en la dimensiones trato humano y cuidado asistencial; con mayor impacto de cambio a excelente en el trato humano (pre=12.5% y post = 85%) en relación al cuidado asistencial (pre= 37.5% y post = 100%) ( $p < 0,05$ ), así como el impacto en las mediciones longitudinales del cuidado humanizado con resultados entre momentos 0 (percepción del cuidado con personal no motivado) y primera medición (con personal motivado) en la que se obtiene diferencias significativas desde la primera hasta la tercera medición, en la que la satisfacción no es percibida ( $p > 0.05$ ) hasta que en la cuarta medición se equipara resultados entre cuidado asistencial y satisfacción ( $p < 0.05$ ). Concluyendo que se debe incidir más en motivar el trato humanizado para alcanzar la excelencia del cuidado humanizado sin descuidar el cuidado asistencial que en tiempos actuales es sostenido por el desarrollo de la ciencia y tecnología.

**Palabra clave:** Cuidado humanizado, trato humano, cuidado asistencial, satisfacción por el cuidado.

## ABSTRACT

The present research study was carried out with the objective of evaluating the quality of humanized nursing care in its two dimensions: humane treatment and care, for the satisfaction of the postsurgical personnel of the Surgery Service of the Regional Hospital "Manuel Núñez Butrón", Puno, 2018, Observation and survey were used as material and method, and a motivating intervention, strengthening humanized care in the nursing professional; with a pre-experimental study design and pre and post evaluations. The population consisted of eight nurses (43) post-surgical hospitalized people. The data were obtained through the observation guide technique and the CARE-Q (Caring Assessment Instrument) questionnaire, of satisfaction with the care received; given the ordinal categories of the variables, the parametric Ji squared statistic was used to compare results in two dimensions: humane treatment and care. Verifying the impact of the change in care with the comparison of satisfaction for care in five moments. Results: the intervention significantly modified the levels of humanized care in the human treatment and care, care dimensions; with greater impact of change to excellent in human treatment (pre = 12.5% and post = 85%) in relation to care (pre = 37.5% and post = 100%) ( $p < 0.05$ ), as well as the impact in the longitudinal measurements of humanized care with results between moments 0 (perception of care with unmotivated personnel) and first measurement (with motivated personnel) in which significant differences are obtained from the first to the third measurement, in which satisfaction is not it is perceived ( $p > 0.05$ ) until in the fourth measurement results are equated between care and satisfaction ( $p < 0.05$ ). Concluding that more should be done to motivate the humane treatment to achieve the excellence of humanized care without neglecting the care that is currently supported by the development of science and technology.

**Keyword:** Humanized care, humane treatment, care, satisfaction with care.



## RESUMO

Este estudo foi realizado para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem humanizada em suas duas dimensões: tratamento humano e cuidado cuidados para a satisfação das pessoas pós-cirúrgicas de Cirurgia do Hospital Regional "Manuel Nunez Butron" Puno, 2018, Observação e levantamento foram utilizados como material e método, e uma intervenção motivadora, fortalecendo o cuidado humanizado no profissional de enfermagem; com um desenho de estudo pré-experimental e avaliação pré e pós avaliação. A população foi composta por oito enfermeiros (43) pacientes hospitalizados pós-cirúrgicos. Os dados foram obtidos por meio da técnica do guia de observação e do questionário CARE-Q (Caring Assessment Instrument), de satisfação com o atendimento recebido; Dadas as categorias ordinais das variáveis, a estatística paramétrica de Ji-quadrado foi usada para comparar os resultados em duas dimensões: tratamento humano e cuidados. Verificar o impacto da mudança no atendimento com a comparação da satisfação pelo atendimento em cinco momentos. **Resultados:** a intervenção modificou significativamente os níveis de atenção humanizada nas dimensões tratamento humano e cuidado; com maior impacto de mudança para excelente tratamento humano (pré = 12,5% e pós = 85%) em relação aos cuidados (pré = 37,5% e pós = 100%) ( $p < 0,05$ ), assim como o impacto em medições longitudinais humanizados cuidados com resultados entre o tempo 0 (percepção cuidado com pessoal sem motivação) e primeira medição (com pessoal motivado) onde diferença significativa é obtida a partir da primeira para a terceira medição, onde a satisfação não Percebe-se ( $p > 0,05$ ) até que na quarta medição os resultados são equacionados entre cuidado e satisfação ( $p < 0,05$ ). Concluindo que mais deve ser feito para motivar o tratamento humano a alcançar a excelência do cuidado humanizado sem negligenciar o cuidado que atualmente é apoiado pelo desenvolvimento da ciência e tecnologia.

**Palavras-chave:** atenção humanizada, tratamento humanizado, cuidado, satisfação com o cuidado

## **INTRODUCCIÓN**

La investigación titulada CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PARA SATISFACCIÓN DE PERSONAS POSQUIRÚRGICAS, SERVICIO DE CIRUGÍA - HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018, tiene como propósito promover cambios en el ejercicio profesional de enfermería, posicionando su filosofía profesional y ser percibida a través de la satisfacción de necesidades de las personas hospitalizadas y familia, sobre el cuidado que brinda.

El objeto de estudio de enfermería es el cuidado, considerado este como un proceso de la interacción y adaptación entre el profesional de enfermería y el ser humano a cuidar, apoyar y asistir así como a los demás en el logro, incremento y rehabilitación de la salud, a través la satisfacción de sus necesidades humanas primordiales, <sup>1</sup> ayudar a recobrar su salud y a ejecutar los correctores precisos que admita lograr la perfección en el cuidado de enfermería. El cuidar involucra una responsabilidad

consciente y voluntaria para la enfermera. <sup>2</sup> Es una excelencia moral que demanda comprensión y una alta responsabilidad ético y moral. El cuidado es calificado como el eje de enfermería. Las enfermeras en el transcurso de la historia han ejecutado esfuerzo para conservar este cuidar humano, ya sea en la labor clínica, en investigación, educación y gestión. En la actualidad, la prestación de los servicios de salud comprende un conjunto de acciones mediante las cuales el profesional de enfermería tiene que considerar la situación humana, científica y técnica, asumiendo la responsabilidad fundamental de brindar cuidados integrales y directos a las personas con restricción de su salud para el mantenimiento, promoción, protección y rehabilitación de su salud y llegar a conseguir resultados positivos. La Asociación Norteamericana de Enfermería ANA, instaura estándares para el ejercicio de la práctica profesional de enfermería con la finalidad de certificar la calidad del cuidado, en el cual sobresalen la calidad del restablecimiento de guías y el empoderamiento del *razonamiento enfermero*, considerando como plataforma la estructura, el proceso y los resultados de los cuidados para la valoración de la práctica profesional, los que, han sido empleados como líneas para la ejecución de programas de garantía de calidad. <sup>3</sup>

Las teoristas de enfermería como Hildergar de Peplau, Martha Rogers, Gertrud Ujhely, Nancy Roper, Callista Roy, Dorothea Orem , Dorothy Jhonson, Virginea Henderson y Neuman, entre otras, se refieren al cuidado como parte fundamental de la práctica de enfermería; a la interacción y adaptación entre el profesional de enfermería y el ser humano, persona o persona enferma cuando se practica la labor de cuidar; al enfoque de total o integral, que involucra el cuidado que se da en él continuo salud-enfermedad y el cuidado que facilita enfermería como en un transcurso ordenado y conducente hacia un fin. <sup>4</sup>

El cuidado de enfermería, la accesibilidad a los servicios, el manejo son algunos de las características que pueden valorarse para establecer el nivel de satisfacción de las personas. La labor del profesional de enfermería es la mayor guía para que los establecimientos de salud puedan observar en enfermería que es el canal de información entre el paciente y el equipo de salud. <sup>5</sup> La evaluación del cuidado de enfermería es parte esencial de la gerencia del cuidado, practicado por las

enfermeras en las diferentes áreas del ejercicio profesional, siendo ineludible realizar labores para optimizar la salud de la persona enferma y propiciar un ambiente adecuado. En Enfermería, lo fundamental es evaluar las necesidades de las personas a fin de satisfacerlas con las intervenciones y actividades de enfermería. Por esta razón, es primordial su intervención en la valoración y progreso de la calidad.<sup>6</sup>

En el transcurrir del tiempo, la labor de cuidar constantemente ha sido solícita y se ha difundido, según la perspectiva que se le estudie, ya sea del enfoque cultural, antropológico, religiosa, sociológica, psicológica y salubre, tiene peculiaridades y especificidades que directa o indirectamente, intervienen en quien da y quien recibe en el quehacer del cuidar, en el cuándo se cuida, en el dónde, el por qué y para qué del cuidado, en el cómo y con qué se cuida.<sup>4</sup>

A través de la historia el profesional de Enfermería se ha interesado por obtener conocimientos que cimienten su labor, para brindar a las personas una alta Calidad de Cuidado.

Según la OMS Calidad del Cuidado son los, diagnósticos y servicios terapéuticos más apropiados para lograr una Atención de salud aceptable, considerando los factores y conocimientos de la persona y la acción de cuidado, alcanzando un resultado con el minúsculo riesgo, y la mayor satisfacción de la persona. La calidad no es absoluta ni perfecta, puede ser buena, regular y mala en la medida que se examina, presenta un conjunto de características y solo la buena calidad satisface a la persona.<sup>7</sup>

Desde la década de los años 40 con la colaboración de personas con potestad en el tema, el concepto de Calidad se cambió en todo un medio para definir que si un beneficio no tenía las particularidades y realidades para ser usado de manera conveniente, indeliberadamente era considerado de inaceptable calidad, aspecto que tomó gran consecuencia dentro de las instituciones, mientras que el concepto de satisfacción tiene su iniciación desde la década de los años 60 cuando el proceder de clamor por parte de las personas despertó mucha preocupación entre los directores e investigadores<sup>8</sup> Salud, considero su interés desde la década de los

80 y 90, cuando el Dr. Avedis Donabedian considero a las Instituciones de Salud las cuales forman parte de la Calidad Asistencial <sup>9</sup> de ese momento, ha nacido la instauración de instrumentos para medir aspectos coherentes con la calidad del cuidado brindado, se ha formulado una ruta conceptual que ha acreditado la evaluación y perfección continua en las instituciones, basado en la gestión de la calidad a través del sentir de la persona, quien es verdaderamente el interesado del cuidado y/o beneficio final. En el sector salud, en enfermería y otros sectores; esta calidad se logra valorar desde dos perspectivas: subjetiva y objetiva, aportan elementos inevitables para optimizar dicha calidad; es por eso que en el ámbito de la atención hospitalaria ésta búsqueda de calidad debe regirse principalmente por las exigencias de la normatividad vigente y el desarrollo investigativo; con el fin de que todos los recursos sean movilizados con el objeto de mostrar a la persona un cuidado cada vez mejor, puesto que el enfoque de calidad basado en la persona enferma pone de manifiesto que Calidad no es solamente cumplir con requerimientos técnicos sino llegar a satisfacer las necesidades sujeto de cuidado y expectativas de la persona a cuidar<sup>10</sup> situación que se considera si se escucha la voz del involucrado.<sup>11</sup> La calidad son las características que manifiesta las necesidades de la persona y la desaparición de deficiencias.<sup>12-13</sup>

La Calidad apreciada y la satisfacción de las personas se considera para la medición y evaluación de la calidad, que sea de carácter perenne y constante durante todo el año, para instaurar la cultura de evaluación de la calidad observada en las instituciones, de lo contrario, los resultados logrados como beneficio de medición en un lapso de tiempo no podrían ser inferibles al resto de los meses, ni a la población atendida, las personas que llegan a hospitalizarse en el transcurso del año, varían su sentir o percepción dependiendo de los principios que en cada uno influyan. Enfermería como profesión dedicada al cuidado, quien permanece mayor tiempo observa las experiencias de salud de los seres humanos enfermos<sup>14</sup> es quien proporciona cuidados humanos de Enfermería.<sup>15</sup> Enfermería ha considerado, participar dentro de las organizaciones en sus diferentes niveles de gestión; e igualmente como dador directo del cuidado de Enfermería

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La satisfacción de las personas hospitalizadas muchas veces afecta su esfera psicológica, depende de la calidad del cuidado de enfermería, considerándolo fundamental, estas personas requieren un cuidado humano. De acuerdo con Basset y Cols, 2011 en algunas instituciones, la sobre carga laboral, está dada por la asignación de diversas funciones, que responden en su mayoría a política económica de la institución y no a las necesidades de cuidado a las personas enfermas que demandan de los servicios.

La enfermera se ocupa como directora, cuidadora, jefe de personal, funcionaria, comunicadora, relacionista pública, pacificadora e instructora, etc. y hay ocupaciones que no le corresponden hacer en un mismo tiempo, pero han estado colocadas para

su ejecución por los establecimientos de salud <sup>16</sup>.

El desempeño de estas desvía a la enfermera del cuidado de la persona hospitalizada, llevando a un mayor quebrantamiento de la identidad profesional, de apoyo e integración de la noción ética, política cultural, científica y legal en el ejercicio de la profesión. La asistencia del cuidado con calidad y calidez de la enfermera en el postoperatorio; es primordial y esencial, para la recuperación de la persona enferma, teniendo en cuenta que la calidad debe estar fundamentada en la satisfacción de sus necesidades aplicando técnicas o guías para perfeccionarlas. La calidad del cuidado es una responsabilidad, que requiere involucrados a todos para alcanzarla.

La enfermería como disciplina surge en 1860 con Florence Nightingale, quien es la pionera en sentar las bases de la enfermería moderna, expresa el inicio de la formación científica de las enfermeras. Nightingale con un grupo de enfermeras brindaron cuidados con empeño a los soldados en la guerra de Crimea, teniendo como efecto el alivio de varios de ellos, existiendo pocos los que sucumbían, lo que concibió percibir a la sociedad la imagen e importancia de la labor de enfermera.<sup>17</sup>

Se puede instituir que el cuidado de enfermería es el bien intrínseco de la profesión, por lo que esta acción tiene sentido y le otorga legalidad social a la profesión. Por lo que, es importante poseer alternativas que admitan dar un cuidado integral mediante la ejecución cabal de los procesos y procedimientos. Existe la manifestación de las personas enfermas que los profesionales en enfermería manifiesten sus sentimientos en cuidados más humanizados, que no sólo se centren en su enfermedad, sino que los oigan, que perciban por la situación en que se encuentra, siendo también comprometido su entorno afectivo.

El indicador de trato digno se irradia con el acatamiento a los derechos humanos y caracteres de cada persona; percibida por la persona enferma, sus familiares y la amabilidad brindada por enfermería. Watson muestra, la relación transpersonal en la teoría del cuidar humano, considera tres partes, ser uno mismo, el campo fenomenológico y la intersubjetividad, el cuidar humano logra principiarse cuando la enfermera ingresa en el espacio de vida o el campo fenomenológico de la otra

persona y que es competente de descubrir las situaciones del ser de la otra persona(espíritu y alma), la enfermera aprecia ese estado con él o consigo misma, y reconoce las condiciones para conseguir un camino, cuando, la persona de cuidado libera aquellas sensaciones y pensamientos, de él o ella. La valoración se establece en un juicio de reflexión continuo de lo que se practica, de cómo se consigue cambios y efectos en el cuidado. Evaluar es investigar, diferenciar contextos y narrar las limitaciones y las oportunidades en la jornada de cuidar, ayuda a la humanización de los profesionales en enfermería, toda vez que fortifica el compromiso, la armonía, la responsabilidad y otorga a la práctica de enfermería lo ético que espera la sociedad.

Los cuidados suministrados, es esencial evaluarlos a través del nivel de satisfacción que la persona enferma haya percibido del profesional de enfermería. Gantz y Howard, encontraron que el 60% de la satisfacción de los pacientes se relaciona directamente con la interacción que tienen con el personal de enfermería, quien continúa con la persona enferma las 24 horas del día, a quien le enuncian sus necesidades, miedos, síntomas y demás peticiones que orientan el progreso de su proceso; si la interacción de la enfermera con la persona cuidada es la apropiada puede beneficiar el proceso de recuperación, anticipándose a complicaciones, y se instituirá el cuidado pertinente que finalmente conlleve a la satisfacción del mismo.<sup>18</sup>Por consiguiente los cuidados de enfermería brindados a las personas hospitalizadas en los servicios de cirugía, son importantes y se hace indispensable para el buen funcionamiento del servicio.

En este sentido, cabe enfatizar la necesidad a realizar este estudio, por lo que se plantea la interrogante:

***¿En qué medida la calidad del cuidado humanizado de enfermería mejora la satisfacción de las personas posquirúrgicas del servicio de cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Puno 2018?***



## **B. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar la calidad del cuidado humanizado de enfermería para la satisfacción de las personas posquirúrgico del servicio de cirugía del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”, Puno, 2018.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a la población en estudio enfermeras y personas post quirúrgicos.
- Evaluar el cuidado humanizado de enfermería en sus dos dimensiones trato humano y cuidado asistencial, durante el pre y post test.
- Comparar el trato humano y cuidado asistencial pre test con la percepción de satisfacción por el cuidado de las personas post quirúrgicas hospitalizadas en el momento 0.
- Comparar el trato humano en el post test con la percepción de satisfacción por el cuidado en las personas post quirúrgicas hospitalizadas.
- Comparar el cuidado asistencial en el post test con la percepción de satisfacción por el cuidado en las personas post quirúrgicas hospitalizadas.

## **C. HIPÓTESIS**

**Hi:** La calidad del cuidado humanizado de enfermería mejora la satisfacción de las personas posquirúrgicas del Servicio de Cirugía en el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”, Puno, 2018.

**Ho:** La calidad del cuidado humanizado de enfermería **no** mejora la satisfacción de las personas posquirúrgicas del Servicio de Cirugía en el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”, Puno, 2018.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **A. ANTECEDENTES**

**PECHO M. (2017) PERÚ** <sup>19</sup>. Manifiesta que el 32.4% de los pacientes hospitalizados siempre percibieron un comportamiento de cuidado humanizado por parte de las enfermeras(os), el 31.5% percibieron casi siempre dicho comportamiento, algunas veces lo percibieron el 25.9 % y nunca solo un 10.2%. El 63.0% perciben que algunas veces se evalúan los sentimientos del paciente, el 50.0% y 44.4% que perciben casi siempre las características de la enfermera como la calidez, simpatía, otros y el apoyo emocional, respectivamente, el 44.4% siempre percibe la simpatía de la enfermera(o).

**GUERRERO R. (2015) PERÚ** <sup>20</sup>. Da a conocer que el cuidado humanizado que ofrece el profesional de enfermería, según la teoría Jean Watson, hospital Daniel

Alcides Carrión. El cuidado humano que ofrecen a los enfermeros es regular en un 52%, y el 26 % es alto. Según la dimensión: satisfacción de necesidades: el cuidado humano es 59% ofrece regular, mientras que el 30% es alto; en conclusión el cuidado es dado en forma regular.

**CÁCERES S. LIMA - PERÚ (2015)** <sup>21</sup>. Concluye que la percepción de la mayoría de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería es medianamente favorable a desfavorable, referido a que el paciente manifiesta que las visitas de las enfermeras son poco frecuentes y cuando lo realiza solo observa los equipos, se dirigen y/o refieren a él por el número de cama y falta de interés en el aprendizaje acerca de su enfermedad. Un porcentaje significativo tienen una percepción del cuidado humanizado favorable, que está dada porque la atención de la enfermera es inmediata ante el alivio del malestar y/o dolor, permite que su familiar acompañe en su unidad, es alegre, amable y mantiene el respeto.

**VÁSQUEZ V. (2015) HUARAZ PERÚ** <sup>22</sup>. La Refiere que la percepción global de los usuarios y familiares sobre el cuidado humanizado que brindan las enfermeras del servicio de emergencia es medianamente favorable con un porcentaje de 47.6%(100) y 66.7% (140) respectivamente...resaltando los puntos de falta de trato amable, cortés y un poco indiferente en su cuidado”.

**MERA C. (2014) LIMA - PERÚ** <sup>23</sup>. Concluyo que el cuidado humanizado que se viene dando a la familia y paciente moribundo es indiferente, discriminante e insolente. Debería basarse en la integralidad de la persona...debe estar provisto de 6 características fundamentales para asegurar que sea con calidez y calidad: conocimiento, afecto, participación familiar, consideración del credo, comunicación verbal y no verbal. Somos conscientes como futuros enfermeros que existen debilidades durante el ejercicio profesional, sin embargo esta realidad es aún posible de superar y construir un profesional que ejerza el cuidado humanizado al paciente y familia.

**BARRAGÁN B. (2013) COLOMBIA** <sup>24</sup>. Investigación que le permitió manifestar que obtuvieron la puntuación media de los ítems de calidad objetiva y subjetiva que fue de 3.62, los cuales son predictores de la satisfacción, así mismo identificaron la

demora de la atención, como uno de los factores decisivos que afectan la calidad percibida y la satisfacción.

**ESPINOZA, L (2013) HUACHO - LIMA** <sup>25</sup>. Manifiesta los profesionales de enfermería no están brindando un cuidado humanizado a los pacientes, pues el 24,7% de los pacientes, nunca percibe este cuidado, en tanto que el 39,7% solo lo perciben algunas veces.

**MOLINA C. (2011) COLOMBIA** <sup>26</sup>. Determinó un porcentaje de cumplimiento por parte del 83% lo que puede indicar un grado de satisfacción alto por parte de los usuarios. Adicionalmente se realizó validación de una nueva escala denominada "EDUCA", la cual fue aprobada por las autoras del instrumento y validada dentro de esta investigación.

**ZAVALA G. (2010) PERÚ** <sup>27</sup>. Concluye que el Paciente Adulto Mayor, presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción Medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo sobre los cuidados que brinda la enfermera, siendo más baja la dimensión humana.

**ARIZA, C Y DAZA, R (2008) BOGOTÁ** <sup>28</sup>. En su libro "Calidad del Cuidado de Enfermería al Paciente Hospitalizado" refieren que el término de calidad en el área de la salud encierra una manera particular que permite comparar, evaluar, y por lo tanto, establecer mejoras en las prácticas relacionadas con la prestación de servicios en salud. Estas mismas autoras indican que los hallazgos más significativos de la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención que brinda la enfermera es en un 31.67% medianamente desfavorable con tendencia a la negatividad, relacionado en gran parte hacia la dimensión interpersonal. Referente a las dimensiones: en la dimensión interpersonal la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención que brinda la enfermera es en un 38.33% medianamente desfavorable con tendencia a la negatividad y en la dimensión del entorno (confort) a la percepción del paciente comparte entre lo medianamente desfavorable y lo medianamente favorable un 28.33%, no presentándose en esta dimensión la tendencia a lo negativo.

**BAUTISTA L. (2008) COLOMBIA** <sup>29</sup>. Manifiesta que los comportamientos más importantes percibidos por los usuarios están relacionados con habilidades del personal como: administrar al paciente los tratamientos y las medicinas oportunamente, saber aplicar inyecciones, manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos. Los comportamientos menos importantes son: preguntar al paciente cómo prefiere que lo llamen, sentarse con éste, ser jovial, ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios de su estado de salud, para ser más competitivos y satisfacer las necesidades y expectativas de cuidado de las personas hospitalizadas.

**VILLALBA R. D. (2007)** <sup>30</sup>. Expresa que las encuestas de satisfacción de usuarios de Servicios de Salud, constituyen un indicador de calidad de atención sanitaria que evalúa finalmente el resultado del sistema sanitario, su proceso y estructura. Desde hace 20 años se plantea que la opinión de los usuarios de los Servicios de Salud es importante en cuanto a futuros replanteamientos de la planificación de servicio y en lo referente a la participación de la comunidad en la orientación y ordenación de dichos servicios. Las dimensiones que permiten medir la calidad de los servicios de salud están referidas a la calidad científica técnica, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad a los servicios de salud.

## **B. BASE TEÓRICA, MODELO TEÓRICO**

### **CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA**

**La calidad del cuidado humanizado de enfermería.**- Es el suministro de cuidados de la salud a las personas individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos, a través de un nivel profesional de enfermería óptimo, con el propósito de lograr la satisfacción a dichas personas<sup>31</sup>. Es la esencia de enfermería constituida por acciones transpersonales e intersubjetivas.

## **CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO**

Según Henderson, la Calidad del cuidado de Enfermería es la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que es dado remitirle. La Calidad del cuidado de enfermería debe dar respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas de la persona enferma o usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales que dispone y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales con un costo más razonable.<sup>32</sup>

El cuidar inicia por uno mismo y está íntimamente relacionado con las actuales y previas experiencias con los cuidados y la cultura en la que se nace y en la que se vive.

**DEFINICIÓN ETIMOLÓGICA.** El vocablo del cuidado está compuesto del verbo activo transitivo cuidar y del sufijo ado, que indica acción.

El cuidado tiene su origen en la persona misma no solo como un instinto sino como un reconocimiento, autoconocimiento de su propia existencia; como, cuanto más se conoce la persona, mayor es su actitud de cuidado.

Enfermería ha tomado la práctica del cuidado como la piedra angular de su disciplina y como un rol fundamental de la disciplina.

El cuidado en enfermería es ponerse en la piel de otro, es cuidar de la salud del otro, se sitúa en medio de la interacción de costumbres, creencias, valores y actitudes heredados de un pasado de una historia personal y particular.

**CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA.-** Es la expresión dedicada, atenta incondicional del enfermero al entrar en contacto con la persona que requiere de cuidado.

Es ayudar a que recobre su independencia su autonomía, es la preocupación por el esmero para lograr un estado de máximo bienestar físico, psicológico, social y espiritual, lo cual se logra a través de la comunicación terapéutica, la comprensión,

la aceptación, la tolerancia, la escucha activa el establecimiento de una relación de ayuda donde los pensamientos y sentimientos se reflejan de manera coherente con las acciones que se realizan.<sup>33</sup>

## **CONCEPTUALIZACIONES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA**

**Cuidado humanizado de enfermería.-** Es la esencia de la enfermería que está constituido por las acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejora y preservar la humanidad, ayudando a la persona a superar la enfermedad, sufrimiento, dolor existencia y ayudando a otros a adquirir el autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

**CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA.-** Es tener muy en cuenta la parte humana la persona enferma, lo cual es compatible con el enfoque integral del cuidado de enfermería.

Se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con la persona enferma.

Es acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad, que implica el cuidado humanizado.<sup>34</sup>

**EL CUIDADO HUMANIZADO.-** Es sentir, sin involucrarse con la persona enferma.

**EL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA.-** Es necesario en la práctica clínica-profesional, el cual permite mejorar el cuidado que se brinda al paciente con el fin de propiciar su calidad de vida.

Es un ideal, de excelencia, que solo el enfermero puede brindar.

**EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.-** Trasciende los límites de un establecimiento de salud, brindando los cuidados en el domicilio de la persona a cuidar.

**EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.-** Es estrechamente vinculado con el área de salud y específicamente con una actividad profesional inherente a la enfermera.

## **CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Es considerado la esencia de la profesión de enfermería y se expresa de manera explícita o implícita en el ejercicio profesional. Diversos autores han considerado la interacción enfermera –paciente como el eje fundamental para establecer una relación de cuidado. Así mismo, esta interacción ha sido asumida como el contacto entre la enfermera –paciente o la enfermera-familia, expresada a través de la comunicación verbal o no verbal. Aseguran que la intervención que realiza el profesional de enfermería, a través de la valoración, le permite identificar necesidades, y prevenir o ayudar a los miembros de una familia o comunidad.<sup>29</sup>

**CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.-** Demandan una interpretación humanística, el respeto por la integridad funcional de los seres humanos y el fenómeno salud-enfermedad entendiéndose desde una amplia base conceptual

**EL CUIDADO DEL SER HUMANO.-** Es la esencia de la práctica de enfermería, para Watson el objetivo de la enfermería consiste en facilitar la consecución de la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma; que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, auto curación y autocuidado al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana, lo que implica llegar a la esencia de la interacción con el otro. De forma recíproca, auténtica e intencional. <sup>20</sup>

**CUIDADO HUMANO.-** Se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. el Cuidado Humano comprende; un Compromiso Moral (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona).El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado.<sup>34</sup>



## **HISTORIA DEL CUIDADO ENFERMERO**

El cuidado forma parte del ser humano desde sus orígenes; pero a diferencia de los animales, adquiere en el transcurso del tiempo formas y expresiones de cuidar sofisticadas.

Enfermería tiene sus orígenes en las necesidades humanas, por lo que siempre alguien tuvo que ocuparse del cuidado del otro.

Se desarrolla desde las primeras civilizaciones hasta caída del imperio Romano.

En la era pre cristiana, en sus necesidades de encontrar respuestas a las causas de las enfermedades y de las fuerzas que obran sobre el hombre, las sociedades buscan fundamentos en diversas ideologías y filosofías de la vida.

Existe en esta etapa histórica muy poca información de verdadera relevancia sobre la profesión de enfermería. Su característica esencial fue la práctica en el hogar, supeditada al papel que se asignaba a la mujer como nodriza y madre. Su función prioritaria es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas (cuidados básicos de hoy).

La enfermería no existió como formación especial ni acompañó el desarrollo del saber médico. En algunas civilizaciones lo que se denominó enfermería estuvo a cargo de esclavos, domésticos y ancianos.

En la India, a fines de la era pre cristiana, donde se percibe una descripción del cuidado del enfermo como realizado por un equipo y donde también por única vez vemos la descripción de las tareas, cualidades y conocimientos que deben poseer los enfermeros. La práctica de enfermería estaba esencialmente a cargo de varones y algunos ancianos subordinados al médico y al paciente, es aquí donde inicia la desvalorización del que hacer de la enfermería.

El trabajo de enfermería se considera como extensión de las funciones femeninas tradicionales, como ama de casa esposa y madre.

Es recién al final de esta era que iniciaron las escuelas de medicina.

El ejercicio de la enfermería ha heredado una filosofía de responsabilidad y acompañamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da el significado a su práctica, contribuye para que las personas obtengan bienestar en todos los aspectos del ciclo vital<sup>35</sup>.

Nueva concepción de Enfermería, inicio de la enfermería moderna y de la profesionalización de la actividad de cuidar. Florence Nightingale, considerada la primera enfermera profesional, representa el fin de la actividad de la enfermera empírica y exclusivamente vocacional, inicia las artes literarias de la disciplina, organiza la profesión y educa formalmente a las enfermeras. Inicio de la Profesionalización del Cuidado, basado en el espectacular desarrollo tecnológico, la enfermera interviene en una serie de componentes de índole saludable, como mejorar de las enfermedades infecciosas, formula diagnósticos basados en la observación de síntomas. En el ciclo XX fue el inicio de la enfermería en vías de profesionalización. Etapa profesional, se remite a las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días, la enfermería se consolida como una disciplina, considerando un cuerpo de conocimientos propios, responsabilidad definida de los cuidados a la salud de la población. Momento actual: El concepto de enfermería de tres aspectos diferentes: Aspecto sociológico, la profesionalización de la actividad de cuidar. Aspecto teórico filosófico, según el sistema conceptual de las enfermeras teorizantes. Aspectos del ejercicio profesional, actividades de las enfermeras que son responsables en su función asistencial.<sup>36</sup>

### **Calidad del cuidado en la sociedad.**

Con respecto a las responsabilidades hacia la sociedad, los profesionales de la salud actúan bajo un contrato social muy diferente del que regula los negocios y la industria. Por una parte, son responsables del bienestar de los individuos y, por la otra, del bienestar social. Sus responsabilidades sociales toman diversas formas existiendo la obligación de lograr la equidad en la distribución de los beneficios de la atención a la salud.

El desarrollo de una relación de ayuda y de confianza entre la enfermera y la persona cuidada es crucial para el cuidado transpersonal.

Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.<sup>20</sup>

Si la comunicación y el conocimiento de la sociedad no es el adecuado no se instaura la confianza y la empatía.

### **Calidad del cuidado desde la cultura**

La cultura y los cuidados abren a un campo nuevo, espacioso en el que desafíos constantes fuerzan a la creatividad, que estimulan la reflexión, porque cuidar es también ayudar al otro a ser independiente y para saber cómo, es indispensable describir su modo de vivir, su teoría del mundo.

Este cuidado enfermero se basa en la interacción de costumbres, creencias valores heredados de cada ser, este cuidado se tiene que interrelacionar la persona y la enfermera, incentivando los valores además de las creencias.

Este cuidado enfermero requiere siempre tener en cuenta que las demandas de cuidado vienen relacionadas por acontecimientos de la vida, que pueden generar dificultades y la enfermera tiene que estar en suma disposición con la persona cuidada.<sup>37</sup>

### **Calidad del cuidado desde el enfoque psicológico**

El campo fenomenológico de una persona, no es otra cosa más que la propia percepción de sí mismo; siendo la realidad diferente para cada persona, ya que cada quien tiene percepciones distintas de la misma. La estructura de sí mismo, se forma como resultado de la interacción con el medio ambiente y la constante interacción evaluativa con los demás. Las fuerzas que dirigen la conducta se hallan dentro de cada individuo y, cuando las condiciones no las bloquean, dirigen a la persona a su autorrealización, es decir al desarrollo del máximo de sus capacidades.

Así también el campo fenomenal corresponde a la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y significado de

las percepciones de uno mismo; todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. El campo fenomenológico está integrada en las tres esferas de la persona (el alma, el cuerpo, y el espíritu) para conseguir la armonía interior. Sabiendo que el resultado de La interacción constante que se da entre la enfermera y la persona cuidada, se forma percepciones del cuidado dado por la enfermera; formando parte del desarrollo del campo fenomenológico del cuidado.<sup>38</sup>

Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma. El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico. El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad. El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma existe en él y para él. Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.<sup>39</sup>

## **1. Naturaleza de la calidad**

Avedis Donabedian, en su primer libro sobre la naturaleza de la calidad refiere que una característica que distingue al modelo industrial es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad. Es el consumidor quién, en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura. En el modelo industrial existe, por consiguiente, un interés continuo en conocer los deseos de los consumidores y traducirlos en características concretas de los productos. En la propuesta bien elaborada el consumidor se convierte, de hecho, en parte de la línea de producción, ya que al consumir un producto o utilizar un servicio, se comprueba su calidad y se genera información para su mejoría. Por supuesto que el conocimiento científico y técnico puede generar servicios de alta calidad; sin embargo, la aceptación del consumidor es la que, finalmente, valida aquel juicio.

Donabedian, con respecto a los individuos, no sólo somos proveedores de satisfacción quizá porque los pacientes no están con frecuencia capacitados para distinguir entre una atención buena y una mala. Los profesionales de la salud tienen

una responsabilidad fiduciaria: la de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que sea más adecuada. Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, este tema acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios. Si se toma en cuenta que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de los miembros del equipo de salud y pacientes, el "cliente" es parte de la línea de producción, de forma más íntima, si cabe, que en lo propuesto en el modelo industrial. La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados a la salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención sanitaria.<sup>40</sup>

Gilmore refiere que la calidad consiste en satisfacer o superar las expectativas de los clientes de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Existe siempre un estándar básico y referencial, y un indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no. Este mismo autor refiere que la calidad es un concepto clave hoy en día para los servicios de salud y la Organización Mundial de Salud la define como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgos para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

Así como reducir los costos de la institución. Considerando que la información sobre el desempeño institucional se puede utilizar para juzgar la calidad, algunas definiciones de las dimensiones del desempeño son:

Hacer lo correcto

- La eficacia del procedimiento o tratamiento en relación a la condición del

paciente: El grado en que la atención/intervención para el paciente ha demostrado lograr el resultado deseado/programado.

- La adecuación de una prueba, procedimiento, o servicio específico para satisfacer las necesidades del paciente: El grado en que la atención/intervención proporcionada es relevante a las necesidades clínicas del paciente, dado el nivel actual de conocimiento.

Hacer lo correcto correctamente.

- La disponibilidad de una prueba, procedimiento tratamiento o servicio para el paciente que lo necesita: El grado al que la atención/intervención adecuada está disponible para satisfacer las necesidades del paciente.
- La puntualidad con que una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio necesario es proporcionado al paciente: El grado al que se proporciona la atención al paciente en el momento más beneficioso o necesario.
- La efectividad con que las pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios son proporcionados: El grado al que la atención/intervención para el paciente es coordinada entre los médicos, instituciones y con el tiempo.
- La seguridad del paciente u otros a quienes se proporcionan los servicios: El grado al que el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno son reducidos para el paciente y otros, incluyendo al médico.
- La eficiencia con que se proporcionan los servicios: La relación entre los resultados (de la atención) y los recursos utilizados para prestar servicios al paciente.
- El respeto y cuidado con que se prestan los servicios: El grado al que el paciente o un apoderado participa en las decisiones sobre su atención y el nivel de sensibilidad y respecto hacia las necesidades, expectativas y diferencias individuales por parte de los que prestan el servicio. <sup>41</sup>

En el Perú, el Ministerio de Salud a fin de direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que se desarrollan para el mejoramiento en la calidad de las prestaciones

de salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas y su órgano de línea la Dirección de Calidad en Salud, ha visto por conveniente actualizar y ampliar el alcance del documento del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, esperando que las organizaciones comprendidas en el alcance del Sistema, definan y establezcan acciones a favor de la calidad, de modo que les permita mejorar sus procesos, sus resultados, su clima organizacional y la satisfacción del usuario.

El desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, su gestión, despliegue e implementación, requieren de un marco teórico general que permita el conocimiento y el uso estandarizado de conceptos de calidad en salud frecuentemente utilizados en el sector.<sup>42</sup>

Según el Ministerio de Salud la dimensión humana está referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:

- Respeto a los derechos humanos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
- Información completa, veraz oportuna y entendida por el usuario o paciente, o por quién es responsable de él o ella.
- Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo válido para el usuario interno.
- Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios éticos-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

Finalmente Dueñas O. refiere que la calidad en la atención en salud en una organización hospitalaria es una función directiva donde las herramientas y métodos de gestión se encuentran orientados al cliente, pero principalmente es un sistema de pensamiento empresarial, una filosofía de vida empresarial e individual. La calidad no solamente está ligada a los medios, no es solo cuestión de automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades sino que está ligada

fundamentalmente a la aptitud de quienes prestan el servicio, conscientes de lo que verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio. De poco sirven los mejores conocimientos con las mejores habilidades, técnicos, profesionales utilizando los mejores equipos y tecnologías y los mejores procesos, si se desconoce al paciente como eje fundamental y razón de ser del ejercicio médico clínico.<sup>43</sup>

## **CALIDAD EN SALUD**

La calidad es un proceso que debe responder a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser consciente y profesional, eficiente y productiva, con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente, que impacte en el cliente y en el mercado.<sup>44</sup>

Tomando el concepto de Avedis Donabedian (1984): Calidad es proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, Administradores con su cosmovisión y formación académica.<sup>17</sup>

### **Cómo incide Enfermería en la calidad**

Desde la creación de nuestro Sistema Único de Salud en el país, ha sido motivo de preocupación el control de la calidad de los servicios de salud, estando siempre integrada la enfermera a los métodos aplicados. La enfermera incide en numerosos factores de la estructura y procesos en nuestros objetivos de calidad.

**Estructura:** entre estos factores se encuentran:

- La representación de Enfermería en los diferentes niveles administrativos del Sistema de Salud.
- La elevación de su nivel de autoridad formal en las Direcciones de las diferentes unidades de atención.



- Participación activa en la elaboración de Programas de Salud y Normas.
- Participación en la planificación de recursos humanos a formar planes y programas de estudios y en las plantillas que requieren las unidades.
- La introducción de un personal de Enfermería vigilante epidemiológica cada 300 camas hospitalarias, elemento importante en la prevención de enfermedades nosocomiales.
- La distribución y ubicación de recursos humanos formados.
- En calcular los recursos materiales requeridos y participar en su distribución.
- La asesoría en los proyectos de obras, en instituciones de salud.

**Procesos:** Enfermería incide en numerosos procesos relacionados con la calidad de atención.

- Aplica la atención de Enfermería, basada en los Programas, Normas y Reglamentos.
- Participación en las Comisiones de acreditación docente de las áreas preventivo-asistenciales.
- Miembro activo en las comisiones de selección de estudiantes que aspiran a cursos de nivel básico, de especialización y de nivel universitario de la profesión.
- Aplica, junto a otros miembros del equipo de salud, el período de pruebas a enfermeras(os) de nuevo ingreso.
- En los programas de educación continuada, en su programación y desarrollo.
- Aplica evaluación anual vinculada al salario, junto a Jefes de servicios.
- Jerarquiza las centrales de esterilización de las unidades.
- Ejecuta normas técnicas de otros subsistemas, de forma más directa las relacionadas con el uso, conservación y control de medicamentos.

- Integra diferentes comités de actividades científicas: infecciones, evaluación de historias clínicas.

En éstos y otros elementos, Enfermería incide en los resultados del sistema de salud, al controlar el comportamiento de los factores de estructura y procesos, mediante instructivos elaborados al efecto, lo que a su vez utiliza en la retroalimentación del Sistema. Con frecuencia son valorados los resultados a través del impacto técnico (eficacia); el impacto social (efectividad) y el impacto económico (eficiencia).<sup>28</sup> Todos los factores donde Enfermería participa en la calidad de atención se relacionan directamente con el cumplimiento de los objetivos sobre calidad del sistema de salud. El buen desempeño profesional tiene un impacto técnico y social; el uso eficiente de los recursos un impacto económico: garantizar el mínimo de daños y la satisfacción de la persona y familiares, ambos vinculados al impacto social del sistema.

En el cumplimiento de los objetivos, papel importante es el impulso al desarrollo científico-técnico, que aporta la Sociedad Cubana de Enfermería a través de la realización periódica de eventos científicos a nivel de unidades, provincias y nación<sup>45</sup>. En la ejecución de todas las acciones de Enfermería, siempre que de calidad se trate, estará unida la actuación profesional, integralidad de procederes y la aplicación de la ética médica.

## **DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO**

### **TRATO DIGNO**

Es el derecho de quien demanda servicios de salud a ser tratado como persona en toda la extensión de la palabra con todas las implicaciones de este concepto, y ya no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o de desigualdad en la posesión de información. Involucra el derecho de libertad de movimiento, el respeto a la privacidad e intimidad de la persona y el ser tratado cordialmente por todo el personal médico y no médico.

Con el cual se tiene relación durante la prestación de servicios, (2006) Secretaria de Salud. Dirección General de Evaluación de Desempeño. Trato digno de enfermería:

Son aquellas percepciones que el paciente tiene a cerca del personal de enfermería durante su estancia hospitalaria. El trato digno debe de seguir criterios importantes como la presentación del personal, su actitud hacia el paciente, así como la información que le brindara al mismo respecto a su estado de salud. Todo esto englobado en una atmosfera de respeto mutuo.<sup>45</sup>

## **TRATO HUMANO**

Enfermería es una profesión que tiene como principal objetivo el cuidado del ser humano, criterio fundamental que la distingue de otras disciplinas del campo de la salud, porque encierra un fenómeno complejo que ha sido estudiado desde elementos humanísticos relacionados con la esfera psicosocial y biológica, aspectos complementarios que constituyen una visión integral de las personas. El cuidado es considerado como la esencia de enfermería que se expresa de manera explícita o implícita en el ejercicio profesional. Diversos autores han considerado la interacción enfermera – paciente como el eje fundamental para establecer una relación de cuidado y terapéutica, ya que a través de las distintas formas de lenguaje percibimos información del paciente y de la familia, para comprender sus necesidades y dar prioridad al brindar el cuidado de enfermería.<sup>46</sup>

### **a. ACTITUDES DE BUEN TRATO**

**Actitud:** Es la predisposición favorable, medianamente favorable o desfavorable que tienen las enfermeras hacia los cuidados que brindan a los pacientes en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, según la opinión de los usuarios y que será evaluada a través de una escala tipo Likert modificada.

La enfermera debe reunir valores y virtudes que generan un mejor trato hacia el paciente, una relación de confianza y afecto, saludar con respeto y amabilidad; disposición para hacer un poco más de lo que nos corresponde; ponerse en el lugar del otro; considerar la circunstancia (miedos, estrés, angustia) en las que acude el paciente; apoyar a otros miembros del equipo de salud para resolver problemas; valorar el lugar de trabajo, y los recursos de los que se disponen; valorar y respetar las actividades de los compañeros; respetar la discreción y confidencialidad, todo

ello forma parte del trato digno e integral hacia los enfermos y familiares los cuales deben ser tratados con amabilidad en todo momento<sup>47</sup>.

Por ello, la actitud de la enfermera debe de estar matizada de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor hacia el ser humano que se cuida; no solamente son importantes las habilidades técnicas, sino, que además se requiere una buena comunicación con el paciente, familia y los otros integrantes del equipo de salud.<sup>28</sup>

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje, la teoría de la consistencia cognitiva y la teoría de la disonancia cognitiva.

Teoría del aprendizaje: esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

Teoría de la consistencia cognitiva: esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí <sup>48</sup>.

## - **EDUCACIÓN**

- **Educación en Enfermería** es el proceso de modificación del comportamiento humano, es natural que sea este el punto de partida para facilitar la iniciación de cambios estructurales y de poder, haciendo de los sistemas formativos algo flexible y progresivo que facilite el avance profesional, ya que la lógica muestra que solamente la enfermera experta demuestra la suficiente competencia para:
  - Explicar la esencia conceptual de la disciplina.
  - Determinar su contenido científico, humanístico y ético.
  - Identificar las estrategias que legitimaban la práctica, dirigir la investigación.

- Identificar los puntos de avance profesional y las deficiencias.
- Decidir sobre el enfoque y el alcance de los servicios y
- Determinar la naturaleza y la preparación requerida por las profesionales de Enfermería<sup>49</sup>. Y así el profesional de Enfermería, respaldara sus acciones con fundamentos científicos, gracias a la Educación que cada una va ir estudiando por especialidades y garantizar un buen servicio a la persona, familia y comunitaria.

## - IDENTIFICACIÓN

La identificación es uno de los elementos más importantes en la vida de todos los seres humanos. Esto es así ya que poseer una identidad es siempre sumamente relevante a la hora de formar la personalidad y la calidad de vida de una persona. La identidad está dada principalmente por el compuesto de nombre y apellido, pero también por elementos como su pertenencia a una nación, a un grupo de pares, a determinada religión, a una etnia, etc. <sup>50</sup>

La identificación de una Enfermera es quererse a una misma, porque las enfermeras debemos sentirnos muy bien en cuanto a nuestra labor que brindamos, el cuidado hacia nuestros pacientes y a la comunidad y todo con un respaldo científico. Es muy bonita nuestra carrera porque nuestra labor es con humanos es salvar vidas y lo único que debemos decir siempre “SOY ENFERMERA Y ME SIENTO ORGULLOSA DE ser”<sup>51</sup>.

## - AMABILIDAD

El término amabilidad que ahora vamos a analizar en profundidad tenemos que establecer que tiene su origen etimológico en el latín. Concretamente podemos exponer que toma como punto de partida lo que es el verbo amare, que es sinónimo de amar, y el sufijo –idad, que es equivalente a cualidad.

La Enfermera; como servidor público de salud es quien debe dar a las personas un trato digno, cortés, cordial y tolerante. Está obligado a reconocer y considerar en todo momento los derechos, libertades y cualidades inherentes a la condición humana.

La amabilidad de Enfermería es la cualidad de amable. Este adjetivo se refiere a aquel o aquello que es afable, afectuoso o digno de ser amado. Por extensión, se conoce como amabilidad a la acción amable.

La verdadera amabilidad es aquella que nace de manera espontánea, natural y sin ningún tipo de interés o de intención de conseguir algo <sup>52</sup>.

El profesional de Enfermería ha de ser sensible y mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad integral del ser humano y sus derechos, haciendo de su práctica diaria un medio de cultivo al laboratorio social para la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimentan un cuidado con calidez y sensibilidad humana, conllevando con esto a un crecimiento como persona y como profesional, generando así un impacto transformador para sí mismo y en las instituciones de salud. <sup>53</sup>

## - **COMUNICACIÓN**

Según B.F. Lomonosov<sup>54</sup>: Comunicación es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano. Puede ser verbal, o no verbal, interindividual o intergrupala.

El autor Z.M. Zorín, en Psicología de la Personalidad define:

Comunicación es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistema de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano.

La actual cultura de los cuidados y la integración de la satisfacción del usuario en el sistema sanitario, repercute en la responsabilidad de enfermería por mejorar la calidad de la asistencia. Desde el inicio enfermería como profesión es bien conocida que uno de los aspectos más importantes de la atención al individuo sano o enfermo, es la comunicación, ya que permite establecer interacciones y relaciones terapéuticas encaminadas a la restauración de la salud. Comunicación en enfermería: Desde el inicio de la enfermería con F. Nightingale, ya se planteaba la

importancia y la necesidad de la comunicación en la relación con el paciente. Años después, pensadoras como H. Peplau<sup>5</sup> consideraban la comunicación como la base del modelo enfermero, describiendo en el rol de enfermería la capacidad de conocer y comprender la conducta y los sentimientos de los demás a partir del conocimiento de la propia conducta, para poder establecer así la relación de ayuda<sup>5</sup>. Analizando el resto de teorías influyentes, como la Teoría de las Necesidades de V. Henderson o la Teoría General de la Enfermería de D. Orem<sup>55</sup>, todas se relacionan de algún u otro modo con la parte psicosocial del ser y proponen el establecimiento de una relación (de ayuda, suplencia, apoyo, etc.) entre enfermería y paciente. Ello implica la influencia comunicativa, las relaciones interpersonales y los valores morales y éticos del ser humano.

#### **b. GENERACIÓN DE CONFIANZA**

La generosidad del servidor público es decir la Enfermera; debe conducirse con una actitud sensible y solidaria, de respeto y apoyo hacia la sociedad y los servidores públicos con quienes interactúa. Esta conducta debe ofrecerse con especial atención hacia las personas o grupos sociales que carecen de los elementos suficientes para alcanzar su desarrollo integral, como los adultos en plenitud, los niños, las personas con capacidades especiales, los miembros de nuestras etnias y quienes menos tienen<sup>56</sup>.

#### **- SEGURIDAD**

La seguridad que debe brindar Enfermería está basado en un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología basados en evidencia, científicamente probada, dirigidos a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso, en el proceso de atención de salud, o a mitigar sus consecuencias y así brindar una seguridad al paciente<sup>57</sup>. La Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente aborda seis líneas de actuación sanitaria con las principales recomendaciones que los profesionales sanitarios, Enfermeras, deben seguir en cada una de ellas para incrementar la seguridad de los pacientes durante la asistencia, máxima en situaciones de urgencias y emergencias en el que el entorno cambiante y el factor tiempo incorporan mayores riesgos a la atención sanitaria.

Una enfermera que sabe, conoce, está informada, se le tiene en cuenta, podrá ser capaz de realizar mejor su rol profesional, con lo cual puede mostrar una mejor satisfacción.

“La insatisfacción laboral es un riesgo profesional muy extendido entre el personal que presta su servicios en las instituciones públicas de salud, donde dicha insatisfacción guardaría una intensa relación con las condiciones de trabajo. Mientras que la satisfacción laboral responde a un estado emocional positivo o placentero resultante de la apreciación subjetiva de las experiencias laborales de las personas y es un factor importante que condiciona la actitud del individuo respecto a su trabajo, hay factores ligados con la interacción con los superiores, así como aspectos organizativos y funcionales que pueden ser fuentes generadoras de insatisfacción en el personal de enfermería del sector hospitalario”, según Carlos Edmundo Briseño y colaboradores en el artículo “Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público”.

#### - **IMPLEMENTACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO**

El cuidado es considerado como la esencia de enfermería que se expresa de manera explícita o implícita en el ejercicio profesional. Diversos autores han considerado la interacción enfermera – paciente como el eje fundamental para establecer una relación de cuidado y terapéutica, ya que a través de las distintas formas de lenguaje percibimos información del paciente y de la familia, para comprender sus necesidades y dar prioridad al brindar el cuidado de enfermería.

La esencia del cuidado de enfermería es la protección de una vida humana que es el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer en enfermería. El cuidado de la vida sucede en el contexto del proceso vital humano que es dinámico, que ocurre entre dos polaridades, la vida y la muerte, donde está inmerso el proceso salud-enfermedad. La salud es una vida con bienestar continuo y la enfermedad una vida con limitaciones en el bienestar.

En este proceso vital humano, se incluyen las dimensiones de las realidades bio-natural, sociales, psicológica, estética y de trascendencia e implica la



complementariedad entre los saberes.

El proceso de cuidar se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado. En esta interrelación humano - humano, la ética en general y la ética discursiva en particular afrontan solidaria y universalmente el desarrollo científico - técnico, sin caer en una visión cientificista para asegurar que la visión humanista predomine en la intersubjetividad humana con los pacientes, las familias y otros grupos sociales.

Dichas relaciones se hacen evidentes en el razonamiento ético y en la actuación de la enfermera con respeto a la diversidad, la libertad, la pluralidad, la igualdad y la fraternidad, para contribuir al fortalecimiento de la propia conciencia.<sup>57</sup>

### **c. CONOCIMIENTOS**

Recordemos entonces el postulado John Aubry que dice “No tenemos esa ciencia de una forma todavía perfecta. Este es uno de los desiderata”. Las disciplinas profesionales representan, en general, ciencias aplicadas más que puras. Se sustentan en las ciencias básicas para derivar de ellas su conocimiento con el fin de lograr utilidad social. Sin embargo, son ciencias y tienen interés en la sistematización y expansión del conocimiento. Estas características tienen implicación directa para el desarrollo de la ciencia de la Enfermería. Al estudiar el origen de conocimiento en Enfermería se puede afirmar, por extensión, que este se remonta a los tiempos en que tanto la explicación de lo desconocido por la creencia en seres sobrenaturales, como la observación de ciertos sucesos de la naturaleza, así como fue el de las plantas y animales para explicar los primeros cuidados, con respecto a lo que hoy se puede dominar en enfermería, medicina y cirugía primitivas son los “modos de conocer” comunes en todas las ciencias.<sup>58</sup>

El conocimiento implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas y debilidades y lo que refuerza su bienestar; incluye conocer las propias fortalezas y limitaciones. El valor, se obtiene de experiencias del pasado, es la sensibilidad para estar abierto a las necesidades del presente. La paciencia, es

dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración; comprende el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de los otros.<sup>59</sup>

#### **d. HABILIDADES**

Para ser una enfermera de hospital se necesitan numerosas habilidades y cualidades, que van más allá del trabajo teórico de los cursos universitarios. Aunque casi siempre se necesita un título para obtener un trabajo de enfermería en un hospital, las cualidades personales y las habilidades prácticas son las que separan a un graduado que está preparado y es suficientemente responsable como para establecerse en el trabajo. Algunas habilidades se pueden aprender, mientras que otras están presentes o no de manera natural.<sup>60</sup>

Habilidades y características tales como la empatía, la escucha activa, el respeto a la dignidad del individuo etc., se deben desarrollar con la finalidad de conseguir una comunicación eficaz y una relación terapéutica satisfactoria. Esto implica un gran cambio en el significado de cuidar y en la humanización del proceso asistencial.<sup>61</sup>

#### **e. APTITUDES**

La comunicación efectiva es lo primordial y es la interlocución con la persona a cuidar dentro del rol profesional de enfermería, viene a ser la base de la enfermería

La ayuda debe ser eficaz y terapéutica en todo momento, la cual comienza con una comunicación efectiva, que conlleva a todo cuidado o intervención de enfermería, creando espacio, el lenguaje, la palabra, la mirada, todo pensamiento que tiene el cuidador de enfermería hacia la persona enferma y sus familiares requiere de una relación terapéutica de envergadura. El profesional de enfermería debe garantizar los cuidados con calidad y ayudar a la persona en la satisfacción de sus necesidades.

#### **f. VALORES**

La moral es el rasgo característico de los seres humanos; en su conformación interceden los factores culturales, la historia, las tradiciones, la educación y las

creencias religiosas. los cuidados de enfermería son universales y el respeto a la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son escenarios esenciales de la enfermería. , la enfermería no hace distinción de nacionalidad, raza, color, edad, credo religioso, opción política o condición económico-social. Los principios éticos más comunes son la beneficencia, la autonomía, la justicia, la fidelidad, la veracidad y la confidencialidad.

## **EL CUIDADO HUMANÍSTICO DE ENFERMERÍA DESDE JEAN WATSON**

MARGARET JEAN WATSON<sup>62</sup>: Margaret Jean Watson, nació en los Estados Unidos de Norteamérica en 1940, es licenciada en enfermería con una maestría en enfermería en salud mental y psiquiatría, y posteriormente realiza un doctorado en psicología de la educación y consejería. En 1979 Watson publica su primer libro: *Enfermería: The philosophy and science of caring* (La filosofía y ciencia de los cuidados), en el que expone su teoría, la que en sus palabras: “emergió desde mi inquietud por otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los pacientes”. Posteriormente, Watson corregirá y complementará el sentido original de su teoría y la estructura de los diez Factores Caritativos (FC) por el de Proceso Caritas o Proceso de Cuidar (PC) que estuvieron mostrados en su libro: *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing* (Enfermería: ciencia y cuidados humanos. Una teoría de Enfermería) en 1985, reimpresso en los años 1988 y 1999. En este libro asevera que propaga los aspectos filosóficos y transpersonales del “momento de cuidados” como el centro de su marco de referencia y hace más evidente los aspectos éticos, del arte y los espirituales-metafísicos. Además, impregnada en el pensamiento postmoderno, Watson publica su libro: *Postmodern nursing and beyond* (Enfermería posmoderna y otros enfoques) en el año 1999, que se basa en la ontología de las relaciones y fundamento ético-ontológico frente a una epistemología de la ciencia y tecnología. En este libro se desarrollan los aspectos espirituales y energéticos de los cuidados, conscientes e intencionales, más la presencia y evolución humana de las practicantes.

Su trabajo más reciente es: *Caring science as sacred Science* (Ciencia del cuidado como Ciencia sagrada), libro que, según la autora, invita a reflexionar sobre el fundamento moral y metafísico de la conducta profesional de enfermería. Watson

también afirma que se ha apoyado en la filosofía de la alteridad de Emmanuel Levinás y Knud Logstrup en la búsqueda de un modelo de ciencia que reintegre la metafísica con el dominio material y así reencuentre la trascendencia en el ser en un mundo con los otros. Actualmente, Watson se desempeña como académica en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Colorado y es una de las fundadoras del Centro de Cuidados Humanos, que desarrolla el conocimiento del cuidado en la sanación de los individuos con un aporte de una base científica y moral para la práctica clínica.

## CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANÍSTICO

1. Interacción enfermera-paciente: Es la interacción entre dos personas involucrando sus valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la quehacer del cuidado.
2. Campo fenomenológico: *Son las* experiencias de vida humana, su historia de vida del pasado, presente y futuro, considerando los sentimientos, emociones, pensamientos, creencias, percepciones y objetivos.
3. Relación transpersonal de cuidado: Es ir más allá de uno mismo alcanzando los enlaces espirituales objetivos, el propio espíritu o el alma de los demás, obteniendo procesos de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera de resguardar y ennoblecer la dignidad humana.
5. Momento de cuidado: conexión en la que la enfermera y la otra persona se unen teniendo en cuenta el tiempo y espacio determinado.

Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría.

MARGARET JEAN WATSON<sup>63</sup>, afirma en gran medida que los saberes y las humanidades, afirma “la ciencia humana es una teoría porque me ayuda a ver mejor (claramente)”.

*Piensa que el estudio de las humanidades expande la mente* y amplía la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. A través de su pensamiento y basándose en

las teorías filosóficas de otros profesionales y teóricas de la enfermería, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadw y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano". Describe una estrecha conexión con Nightingale, con su profundo sentido de compromiso y una ética pactada de servicio humano.

La teoría de Watson J, del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería.



La Filosofía De Jean Watson sustenta que el Cuidado Humano señala; un Compromiso Moral, la experiencia, percepción y la conexión: (Beneficio a la persona).El cuidado humanizado demanda de un responsabilidad moral por parte de los expertos de salud, el que requiere cada persona, sea sano o enfermo, para optimizar su calidad de vida, a través del eficiente cuidado recibidos, y así elevar la percepción de los personas en relación al cuidado humanizado.<sup>64</sup>.



Sustenta que ante el peligro de deshumanización en el cuidado de la persona enferma, a consecuencia de la reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se enfatiza en la recuperación del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en enfermería, por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado se logra mostrar de manera eficaz y con la practicar de interpersonal.
2. El cuidado de algunas necesidades humanas conlleva a la satisfacción.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal y/ o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial de la persona.
6. La habilidad en el cuidado, integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para promover la salud y ofrecer cuidados a las personas enfermas.
7. La práctica del cuidado humano es fundamental para la enfermería.<sup>65</sup>

## **Aplicaciones de la teoría**

Maneja a manera de marco disciplinario en facultades de enfermería de ciertas universidades de Estados Unidos y otras del mundo. Así como la Facultad de Enfermería y Nutriología, elijo esta teoría para adaptar sus planes de estudios a este contexto, y articulo con los lineamientos instituidos por la Universidad Autónoma de Chihuahua.

## **APORTES DE LA TEORÍA DE J. WATSON**

Hoy en día tenemos área de convivencias cada vez más heterogéneas y variadas. En el ámbito saludable las localidades de diferentes orígenes con necesidades diferentes, donde las necesidades de las personas van a ser diferentes y el cuidado también serán de acuerdo a lo diagnosticado en la población teniendo en cuenta a los factores culturales y los éticos. El reto es que tiene que ir cambiando los modelos asistenciales. Las instituciones requieren ajustarse a los tiempos actuales. Es preciso que los profesionales adopten nuevos modelos/teorías que presidan una práctica participativa apropiada a las exigencias de una colectividad cada vez más plural y solícita.<sup>66</sup>.

## **Aportes a distintos campos**

- Docencia: La esencia de la práctica profesional es el medio ambiente de la vida, del ser humano. Contiene teorías objetivas relación a la salud, al cuidado y la recuperación. Las áreas principales de los contenido son las humanidades, la ciencia socio-biomédica y teniendo en cuenta principalmente el cuidado a los personas. En las asignaturas considerar el arte, la música, la literatura, la poesía, el teatro y el movimiento para un mejor juicio a las respuestas ante diferentes estados de salud y nuevas expectativas de cuidados y de procedimientos que surjan.
- Práctica: Ayudar a las personas a lograr un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, logrando un autoconocimiento, respeto propio, auto-curativos y de cuidados oportunos y propio.

- Investigación: Invita a las enfermeras a manejar diferentes enfoques innovadores de investigación.<sup>67</sup>

## **Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson**

### **Interacción enfermera- paciente**

El ideal moral es la resguardo, Incremento y conservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, juicio crítico, acciones de cuidado y resultados. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, expresa a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, noción del poder de sí mismo y restricciones en la relación de cuidado. El cuidado como un cuestión interpersonal, entre dos personas, con extensión transpersonal (enfermera- persona sujeto de cuidado).<sup>20</sup>

### **Campo fenomenológico**

El cuidado se inicia cuando la enfermera ingresa en la realidad subjetiva formada por la experiencia como los sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, medio ambiente, y sentido, significado de las percepciones de la persona basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado y reconoce a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente explica sus sentimientos subjetivos.

### **Relación de cuidado transpersonal**

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas, teniendo en cuenta la fenomenología de la persona, tiempo, espacio e historia. Esta trascendencia permite a la persona de cuidado y a la enfermera ingresar en el campo fenomenológico del otro.

### **Momento de cuidado**

Según Watson, es el momento (espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos el momento para que el cuidado humano sea fundado. Ambas



personas, con sus campos únicos fenomenológicos, instauran una transacción humana - humano.

La enfermera, el dador de cuidado, también requiere estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia en el momento de cuidado con la persona a cuidar.

En su primer libro *Nursing: The philosophy and science of Caring*, Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

1. El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
2. El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
3. El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
4. Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.
6. El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.
7. El cuidado es el eje central de la enfermería. 65

## **PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Todo aquello que obtiene del medio externo, para asimilar conciencia de lo que está cerca; en el trato enfermera – paciente, esta apreciación del cuidado de enfermería se describe, al cuidado como la interacción en el periodo de cuidar al otro y como se interiorizan y especifican los instantes y acciones deliberadas de la persona cuidada

y la cuidadora.<sup>52</sup>

## **SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

Conjunto de conocimientos adquiridos involuntariamente por nuestros sentidos, de la experiencia de la vida.

La satisfacción de la persona enferma es el resultado significativo de la labor ejecutada por los profesionales de enfermería.

La satisfacción es un buen verificador del desempeño de los cuidados recogidos por las personas a cuidar, útil en el momento de valorar los cuidados y los formas de comunicación.

1. El aspecto instrumental (los conocimientos técnicos y capacidad de resolver problemas).
2. El comportamiento expresivo (aspectos afectivos).
3. La comunicación (dar y recibir información).

La satisfacción de los cuidados obedece a características de las personas enfermas, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico, y los cambios del estado de salud, y además las particulares del enfermo, influyen en los profesionales de forma que esto repercute a su vez en la satisfacción de la persona enferma. Aspectos importantes de la comunicación son fundamentalmente como: empatía, calidez y solicitud. La imagen propia del profesional, el atractivo, el tono de voz, la sonrisa, la actitud, los gestos, la forma de hablar (entonación, fluidez, claridad, velocidad y tiempo de habla), el sentido del tacto, y en habitual la expresión del corporal, sus preocupaciones personales, miedo, angustia, ansiedad, vergüenza, incertidumbre, debilidad psicológica, vulnerabilidad, necesidad, dependencia, pérdida de autoestima, y fragilidad ante la enfermedad.

El triunfo de una institución obedece a la opinión de la persona enferma, de satisfacer sus necesidades de salud.<sup>13</sup>

La satisfacción de la persona enferma es uno de los aspectos que evalúan a los servicios de salud y calidad de atención, esto viene teniendo mayor atención en salud pública. <sup>68</sup>

Pascoe: La satisfacción de la persona enferma con respecto al cuidado de enfermería es especificada como una respuesta actitudinal y de reflexión de valor que el enfermo funda fruto de la interacción con la enfermera. <sup>69</sup>

La satisfacción de la persona enferma es apreciada como relevante en la evaluar la calidad de los servicios de salud y la identificación de los servicios con aspectos que necesiten cambio para mejorar la satisfacción. <sup>70</sup>

## **NIVELES DE SATISFACCIÓN**

Encontramos varios elementos que intervienen en la satisfacción de las personas hospitalizadas en lo que se refiere al cuidado de enfermería. Ordenándolos podemos agruparlos en:

- a. Factores individuales: juicios del cuidado que el profesional de enfermería ofrece y el soporte que le dedica la enfermera durante el proceso salud-riesgo-enfermedad, práctica con el servicio (explicación entre el enfermo y el profesional de enfermería.)
- b. Factores familiares / sociales: rutinas de experiencias de amigos, familiares, conducta y concepción del entorno familiar, de los vecinos, sobre el cuidado que enfermería brinda.
- c. Factores del servicio de salud: del servicio de salud: disponibilidad de medicamentos, posibilidad de atención por el servicio, duración del tiempo en la atención, validez de las acciones, buen trato y amabilidad del personal, comunicación interpersonal, comodidad y privacidad de la atención, ente otros.

La conjunción entre estos elementos trascienden en el nivel de aceptabilidad y satisfacción; dicha interacción es complicada, ya que acudimos a las personas y sus costumbres (sustento psicológico) .<sup>71</sup>

## a. ACEPTABILIDAD

Es la forma en que el persona enferma admite los cuidados presentados por el profesional de enfermería con el fin de perfeccionar la situación de su salud a través del cuidado antelada información ofrecida a la persona enferma por la enfermera.<sup>72</sup>

### - GENERACIÓN DE CONFIANZA

La enfermera(o) debe establecer lazos de confianza, ganarse la confianza de la persona, familia y/ o comunidad y esta pueda expresar sus sentimientos, necesidades e inquietudes gracias a ello la enfermera, podrá brindar su cuidado de forma holística con calidad y calidez, en el aspecto biológico, emocional y espiritual.

La enfermera debe tener paciencia para ganarse la confianza que así mediante la confianza que el persona enferma le brinde a la enfermera/o pueda expresar sus sentimientos, necesidades e inquietudes y gracias a ello la enfermera, podrá brindar su cuidado de forma holística cuidando el aspecto biológico, emocional y espiritual del paciente.

La enfermera debe realizar una preparación psicológica (debe ser con tacto humano) al paciente antes de cada procedimiento que se le realice y de esa forma despejar las posibles inquietudes del paciente y así favorecer la aceptación del cuidado, también se le debe brindar un apoyo psicológico y emocional al paciente cuando sea necesario y estas formas poder afianzar la confianza.

Los cuatro factores de confianza son:

- **FIABILIDAD:** se basa en que la enfermera haga, lo que dice que se va a hacer información adecuada en el momento preciso generando fiabilidad y a su vez confianza en la persona enferma.
- **AUTENTICIDAD:** En la enfermera evidencia, la certeza, la claridad, pueda decir lo que piensa, es dar una respuesta inmediata, directa, inteligente, sencilla, ante cada situación guste o no a los demás, de una manera asertiva.

Es una respuesta que se produce instantáneamente desde lo más profundo del

ser, es completa en sí misma, y que, por lo tanto, no deja residuo, no deja energía por solucionar, no deja emociones o aspectos por resolver. Es algo que, por el hecho de ser acción total, la persona lo expresa y lo da todo, liquida la situación en el mismo instante y genera confianza. La autenticidad es lo más sencillo que hay, porque es lo que surge después de que se ha eliminado lo complejo, lo compuesto, lo adquirido.

- **CONSIDERACIÓN:** aceptar con palabras y hechos a los demás tal y como son, con sus puntos fuertes y débiles, haciéndoles sentirse reconocidos por su forma de ser única y diferente, así de esta forma también se puede brindar apoyo emocional.

Cuando hablamos de consideración dentro de lo que sería la relación de la enfermera con los pacientes hay que subrayar que esta se lleva a cabo cuando se siguen los siguientes parámetros:

- Cuando la enfermera respeta los se respetan los sentimientos de los demás, sin imponerse frente a ellos.
  - Cuando la enfermera se preocupa de cómo se van a sentir los pacientes en base a sus opiniones, ideas o acciones.
  - Cuando la enfermera no intenta convencer al prójimo de que piense como ella pues respeta y tolera su manera de entender las cosas de sus pacientes, aunque considere que está equivocado.
  - Cuando la enfermera plantea un plan de cuidados pensando en las necesidades del paciente todo con el afán de la pronta recuperación de la salud del paciente, en lugar de su comodidad.
- **APERTURA:** Comunicarse con comodidad y fluidez de parte de la enfermera hacia el paciente, de una manera no total o evidentemente planificada, aportando a los demás la frescura del momento, por ejemplo, mediante el saludo a cada uno de los pacientes con respeto y calidez se puede generar un ambiente de confianza y así poder ser partícipe de las inquietudes de los pacientes <sup>73</sup>.

## **CLARIDAD**

Claridad es la distinción con que, a través de los sentidos, el paciente percibe las sensaciones o las ideas transmitidas por la enfermera a través de los cuidados o información que se le brinda.

### Calidad de servicio

Es la totalidad de funciones, características o comportamientos desarrollados por la enfermera. No hay calidad que se pueda medir por su apreciación o el análisis de las partes constitutivas de un servicio recibido. Por tanto, la clasificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando todas las características, funciones o comportamientos, para lo cual el paciente es el que está a la atenta observación de los cuidados que realiza la enfermera, ya sea en su trato hacia el paciente, en su preocupación por el paciente, en la brinda el cuidado oportuno.

Se entiende por cuidado a cualquier actividad o beneficio que la enfermera ofrece a su paciente; son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa. En otras palabras, el cuidado es una actividad realizada para brindar un beneficio o satisfacer una necesidad del paciente.

- Profundizando en el tema cuidados se observa que poseen las siguientes características:
- Inseparabilidad: la creación de un cuidado tiene lugar mientras sea requerido por el paciente.
- Variabilidad: la calidad del cuidado depende de quienes los proporcionan (enfermeros), así como de cuándo, en dónde y cómo se proporcionan;

Por último, para poder definir el concepto de calidad de servicio se deberá destacar la importancia del paciente (persona con necesidades y preocupaciones, que no siempre tiene la razón, pero que siempre tiene que estar en primer lugar en la visión del cuidado).

La calidad de servicio que consiste en cumplir con las expectativas que tiene el

paciente sobre que tan bien un cuidado o conjunto de cuidados brindados por la enfermera satisface sus necesidades.

## **COMPONENTES DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO**

- **Confiabilidad.** La capacidad de ofrecer el cuidado de manera segura, exacta y consistente. La confiabilidad significa que la enfermera debe realizar bien el cuidado (ya sea la administración de algún medicamento donde se debe considerar los principios científicos, la información dada debe ser correcta, etc.) desde la primera vez.
- **Accesibilidad.** La enfermera debe facilitar que los pacientes se contacten con ella y puedan recibir un cuidado rápido y oportuno en el momento que el paciente lo desee.
- **Respuesta.** La enfermera debe tener la disposición de atender y dar un cuidado rápido en respuesta a las necesidades de todos sus pacientes.
- **Seguridad.** El paciente debe percibir que los cuidados que el personal de enfermería le presta, carece de riesgos, que no existe dudas sobre los procedimientos, información o cuidados brindados.
- **Empatía.** Quiere decir que la enfermera debe ponerse en la situación del paciente, en su lugar para saber cómo se siente, y tratarlo de la forma en la que le gustaría ser tratado cuando se encuentre en las mismas condiciones.

Para finalizar es importante identificar las expectativas de los pacientes en cuanto a la calidad de cuidado. La calidad de cuidado siempre variará, dependiendo de las circunstancias del problema y de la interacción entre la enfermera y el paciente <sup>7</sup>.

### **- PRECISIÓN**

Es la capacidad que tiene la enfermera de actuar en el momento oportuno con total seguridad y confianza de lo que va a realizar en favor del paciente.

## **APTITUD PROFESIONAL**

En orden de importancia dentro del desenvolvimiento de la enfermera, la actitud se encuentra en primer lugar, seguida de la experiencia y la formación. Dentro de ella se pueden identificar las siguientes características que coinciden en destacar:

- a. **Flexibilidad.** En lo que respecta a la actitud personal, la enfermera debe portar las virtudes tales como la polivalencia, de forma que sean capaces de realizar distintas tareas y desempeñar varias funciones dentro de un lugar determinado donde tenga personas a su cuidado. No se trata de tener conocimientos específicos en muchas áreas, sino de que debe tener predisposición a realizar funciones diferentes a las determinadas, de adaptarse a las necesidades y “estar abierto” a aprender.
- b. **Capacidad de superación.** Sea cual sea su experiencia de la enfermera, debe actualizar sus conocimientos para que así de esa manera pueda mantener vigente el fundamento científico de cada acción que realiza con el fin de dar un mejor cuidado al paciente a la persona, familia y comunidad.
- c. **Optimismo.** Las actitudes positivas de la enfermera/o a la hora de relacionarse con los demás y afrontar los conflictos tienen un gran valor añadido porque mejoran la cohesión interna de la organización, así como el clima laboral, y proyectan una buena imagen hacia el exterior.
- d. **Iniciativa.** Se traduce en la capacidad de la enfermera/o para proponer, implementar mejoras o idear nuevas intervenciones para favorecer la mejora de la salud de los pacientes o mantener el estado de salud adecuado en la persona, familia y comunidad.
- e. **Motivación.** Es un aspecto esencial. La enfermera debe dar ánimos a las personas de su entorno que así lo necesiten y de esa manera puede brindar un cuidado a nivel espiritual o emocional.<sup>74</sup>

## **RECURSOS METODOLÓGICOS**

La enfermera debe estar capacitándose constante ente tal como lo indica el código



deontológico de enfermeros del Perú, la capacitación en el área de trabajo es fundamental para la mejora del cuidado. Este es el proceso de adquirir conocimientos técnicos, teóricos y prácticos que mejorarán el desempeño de los enfermeros en sus tareas laborales. La buena capacitación puede traer beneficios a las organizaciones como mejorar su imagen y la relación con los empleados, además de que aumenta la productividad y calidad del producto.<sup>75</sup>

## - **COMPRENSIÓN**

Es un proceso que exige por parte del receptor (paciente) tanta o más actividad que el proceso de expresión (enfermera). Mediante la comprensión la enfermera y el paciente pueden intercambiar ideas y gracias a este proceso y la adecuada información con términos simples y sencillos de entender, se le pueda brindar al paciente se puede llegar al logro de algún objetivo o meta por ejemplo la exteriorización de sus sentimientos del paciente. Básicamente, podríamos decir que el proceso de comprensión consiste en aislar, identificar y unir de forma coherente unos datos externos con los datos de que disponemos. El proceso de comprensión en sí, es el mismo en todos los casos aunque variarán los medios y los datos que tendremos que utilizar para llevarlo a cabo. Queda claro que si bien la labor que la enfermera tiene que realizar para comprender en cada una de las situaciones es la misma, la diferencia estribará en los medios y los datos que tendremos que manipular para poder llegar a hacerlo. Es importante resaltar la necesidad que tiene el ser humano de comprender y por lo tanto de contar con una hipótesis sobre cualquier acontecimiento por lo tanto la enfermera debe ayudar al paciente a comprender por ejemplo su tratamiento el para qué sirve, etc. Ante cualquier mensaje o situación realizamos una interpretación, la más adecuada y acorde posible a los datos disponibles en ese momento. Esto no quiere decir que sea la "correcta" pero si es suficiente para saciar nuestra necesidad de interpretar la realidad que nos rodea. Es inevitable e imposible no realizar interpretaciones.<sup>76</sup>

## **LA COMPRENSIÓN EN LA COMUNICACIÓN**

La comprensión oral exige el intercambio entre la enfermera y el paciente de las fuentes informativas y el uso que se haga de ella. Es decir que el conocimiento de la

lengua y del mundo podrá ayudarnos a comprender el proceso de comunicación y saber qué información de la que recibimos es relevante y cual no.

Para comprender los mensajes el cerebro realiza una determinada cantidad de funciones. Primero distingue del mensaje lo que puede ser útil del resto, pudiendo separar entre ruido y palabras, por ejemplo. Después decodifica los aspectos acústicos y consigue sacar en limpio el sentido del mensaje. Recién entonces puede hablarse de comprensión, conocer el significado de las palabras no es suficiente para comprender de qué se está hablando.

Para la ética, es la virtud fundamental de entender y aceptar los hechos desde el razonamiento. Finalmente, en psicología el concepto de comprensión está ligado a la capacidad de la persona de analizar su historia y entender cada aspecto de ella. <sup>77</sup>

**SENSIBILIDAD.**- La enfermera debe ser una persona sensible ante el sufrimiento ajeno como es el caso del paciente por ejemplo en un paciente que sienta dolor la enfermera debe comprender que debido al discomfort que le produce el dolor el paciente puede encontrarse irritable. El valor de la sensibilidad reside en la capacidad que tienen los enfermeros para percibir y comprender el estado de ánimo, el modo de ser y de actuar de los pacientes, así como la naturaleza de las circunstancias y los ambientes, para actuar correctamente en beneficio de los demás. Además, debemos distinguir sensibilidad de sensiblería, esta última siempre es sinónimo de superficialidad, cursilería o debilidad. La sensibilidad permite descubrir en los demás a ese “otro yo” que piensa, siente y requiere de nuestra ayuda. Ser sensible implica permanecer en estado de alerta de todo lo que ocurre a nuestro alrededor, va más allá de un estado de ánimo como reír o llorar, sintiendo pena o alegría por todo.

La enfermera que vela por el bienestar y seguridad de sus pacientes; quien escucha, conforta y alienta con amor profesional buenos y malos momentos. La sensibilidad es interés, preocupación, colaboración y entrega generosa hacia los demás. No obstante, pueden existir pacientes a los cuales se les hace difícil manifestar sus emociones y prefieren aparentar ser duras o insensibles, para no comprometerse e involucrarse en problemas que suponen ajenos a su responsabilidad y competencia.

De esta manera, las aflicciones ajenas resultan incómodas y los padecimientos de los demás molestos, pensando que cada quien tiene ya suficiente con sus propios problemas como para preocuparse de los ajenos.

La enfermera/o debe emprender la tarea de conocer más los pacientes a su cuidado: muchas veces nos limitamos a conocer el nombre de las pacientes, criticamos y enjuiciamos sin conocer lo que ocurre a su alrededor: el motivo de sus preocupaciones y el bajo rendimiento que en momentos tiene, si su familia pasa por una difícil etapa económica o alguien tiene graves problemas de salud. Todo sería más fácil si tuviéramos un interés verdadero por las personas y su bienestar.

Por el contrario, la sensibilidad hace despertar hacia la realidad, descubriendo todo aquello que afecta en mayor o menor grado al desarrollo personal, familiar y social. Con sentido común y un criterio bien formado, podemos hacer frente a todo tipo de inconvenientes, con la seguridad de hacer el bien poniendo todas nuestras capacidades al servicio de los demás.<sup>78</sup>

**CREATIVIDAD INTELECTUAL.**- La creatividad intelectual, el enfermero debe estar dispuesto a innovar nuevas formas de respaldar la satisfacción del paciente sin que se sienta solo o aislado, en cuanto al cuidado brindado, favorecer la interrelación entre pacientes y entre enfermera- pacientes. Esto ocurre gracias a lo que he llamado Cadenas Rituales de Interacción (Collins, 1981). En pocas palabras, cada situación está unida a otras porque: Cada paciente aporta su capital cultural particular, el conjunto de ideas y conceptos adquiridos de encuentros previos. Cada paciente aporta su carga de energía emocional, adquirida de su éxito o fracaso en encuentros previos. Ésta fluctúa desde la confianza, el entusiasmo y la agresividad en un extremo hasta la pasividad, la depresión y el abandono en el otro. Estos factores dan forma a sus motivaciones para tratar con cada uno de los otros, y también a los tipos de construcciones de la realidad que son capaces de realizar.

La energía emocional es el rasgo de la creatividad que ha sido estudiado normalmente en psicología. Las personas creativas tienen una alta motivación para ser innovadoras en un área reconocida, para ser líderes en su campo. Tienen una gran confianza en sus propias habilidades, y por eso están dispuestos a apuntar

alto. La “energía emocional” es también una buena descripción de la oleada de “impulso creativo” que proviene de estas personas cuando realizan su mejor trabajo, que les capacita para alcanzar intensos periodos de concentración.

Las interacciones altamente enfocadas al grupo tienden a las ideas de las que se habla, transformándolas en símbolos de la pertenencia al grupo y reforzando así la conformidad más que la innovación individual. Hablando de forma general, cuanto más extrovertida es una persona y más centradas en el grupo son sus experiencias cotidianas, más probablemente resultarán tópicas sus ideas. Es sólo en tanto que los intelectuales pueden romper la influencia inmediata del grupo que pueden comprometerse creativamente en la construcción de nuevas realidades.

A partir del auge de las comunicaciones escritas (del mismo modo que de interacciones altamente estructuradas como las conferencias y seminarios universitarios) es posible que un individuo tenga contactos sociales con la red intelectual relevante, pero en sus propios términos. Esto se logra a través de la lectura y la escritura (que siempre implica una audiencia imaginaria). Es necesario un equilibrio entre la presencia de introvertidos con hábitos de trabajo privado y una gran independencia personal, colocados en redes que proporcionan un alto grado de transmisión de las condiciones requeridas para el éxito: el capital cultural, la energía emocional y el paciente y su entorno.<sup>79</sup>

**HOSPITALIZACIÓN.-** Es el espacio de tiempo que una persona enferma perdura internada para el cumplimiento de cualquier labor de recuperación de su salud, supone la ruptura del bienestar integral que también, implica sobre el estado emocional y social, el cuidado de la salud de la persona enferma, se deben abarcar todos los aspectos, evitando abarcar solo el físico, olvidando que la enfermedad los compromete integralmente.

El hospital, ofrecer atención sanitaria, se constituye entonces en un Sistema social complejo y delicado, en el cual la presencia de multiplicidad de personas con distintos roles, tales como profesionales, técnicos, pacientes, alumnos, familiares, entre otros, conforman una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes que pueden llevar a hechos agresivos o violentos. Entonces la

hospitalización puede tener una condición de vulnerabilidad aportada por la enfermedad, que puede ser la causa de la pérdida del sentido del control físico y/o psicológico y por el significado de someterse a un ambiente complejo y muchas veces desconocido.

Para el profesional de enfermería no solamente importa administrar hábilmente los diversos procedimientos que exige el quehacer diario, sino estar atentos a las distintas manifestaciones de los pacientes, derivadas de la propia enfermedad, tratamientos y también de todos aquellos provenientes del medio hospitalario y de relación que surgen en la atención brindada por el equipo de salud a los usuarios, relación que en los últimos tiempos se ha deteriorado, dando paso a conductas y situaciones que pueden ser consideradas como violentas por los pacientes, por cuanto se pierde el principio fundamental del respeto, y que en mayor o menor grado pueden alterar su bienestar.

A partir del momento de la hospitalización, la inmersión en la vida y la estructura hospitalaria genera un cambio profundo en la representación de los roles habituales. Esta respuesta se origina por la necesidad de adaptación a un medio que habitualmente genera temor, miedo a lo desconocido, en cuanto a lo incierto por un lado de la enfermedad y, por otro lado, a las barreras de comunicación que levanta la infraestructura ritual sanitaria y la inmersión en un nuevo status social: la persona enferma. Esta situación pone de manifiesto una relación de desigualdad, que es esencial tener en cuenta como punto inicial de cualquier análisis del proceso de hospitalización.

El ser humano, pierde el sentido de la vida y muere si no recibe cuidados adecuados, desde el nacimiento hasta la muerte. Sin cuidados, el hombre pierde su naturaleza humana. Según la visión humanista, no se logra comprender al ser humano, si no es basado en el cuidado. Cuidar de alguien, a partir de su propio punto de vista, implica un interés genuino, de desvelo y solicitud, desvinculado del propio yo y centrado en el otro.<sup>80</sup>

La enfermería es una profesión que tiene dentro de su actuación el acogimiento del sufrimiento humano y a través del cuidar, rehabilita, mitiga los dolores y promueve

la salud. Para proporcionar cuidados se requiere de una relación de ayuda, siendo éste un momento único donde se comparte la existencia humana. La enfermería como profesión encargada del cuidado, se afirmó de forma más relevante durante la segunda mitad del pasado siglo, transponiendo los límites científicos de la prestación de servicios, siendo reconocida en la comunidad científica como una profesión dedicada al cuidado del otro. Desde ese mismo momento, el cuidado ha sido visto como el marco referencial en un nuevo paradigma de la enfermería y a pesar de la relevancia para la profesión, este enfoque no ha recibido la debida atención por parte de quienes lo enseñan y de quienes lo practican. Tras la trayectoria de actuación en enfermería se ejercita el cuidar y el cuidado. Aprender el significado del cuidar podrá transformar en palabras, aquello que el personal de enfermería ha ejercido en la práctica y en la enseñanza.<sup>81</sup>

El cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado.<sup>82</sup>

Sin embargo, diversos estudios realizados a nivel nacional e internacional concluyen en que se necesita un mejoramiento en la atención brindada por el personal de enfermería, toda vez que las enfermeras no prestan la debida importancia a la interacción de inicio, proceso y salida tendientes a lograr la satisfacción y recuperación óptima tanto del paciente como de sus familiares.

## **C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

### **1. PRINCIPAL**

Satisfacción por el cuidado de enfermería.

### **2. SECUNDARIA**

Calidad de cuidado humanizado de enfermería.

## **D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

**Percepción:** es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de lo que lo rodea.

**Cuidado humanizado de enfermería:** Es el conjunto de labores fundadas en el juicio científico y principios bioéticos que ejerce la enfermera (o) a la persona que temporal o continuamente lo requiere para satisfacer sus necesidades de una manera integral (biopsicosocial y espiritual).

**Nivel de Satisfacción:** Es el grado de expresión concernida al bienestar que experimenta la persona, sobre los cuidados acogidos de la enfermera durante su hospitalización, que puede ser evaluada a través de la observación o enunciada por medio del lenguaje y que fue valorado en niveles altos y bajo a través de una escala.

**Enfermera:** Es el Profesional formado en una institución universitaria, que tiene el título de Licenciada en enfermería expedido a nombre de la nación, registrada en el Colegio de enfermeros del Perú y cuyo accionar principal es el cuidado de la persona a recibir cuidados.<sup>83</sup>

**Persona hospitalizada en el Servicio de cirugía:** Persona que presenta una premura quirúrgica o que el tratamiento de la enfermedad que aqueja se soluciona con una intervención quirúrgica en un establecimientos de salud pública o privada, por el equipo de salud conformado principalmente por médicos, enfermeras u otros profesionales de la salud, pasando por un examen médico, tratamiento o intervención de cuidado de enfermería.

## **E. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1. ALCANCES**

A poblaciones con similitud en las características de la población de estudio.

### **2. LIMITACIONES**

Características propias de las personas post quirúrgicas.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO OPERACIONAL**

#### **A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación es básica, siendo el propósito recoger información de la realidad para enriquecer el conocimiento científico.

El diseño es pre experimental con un solo grupo de profesionales de enfermería a quienes se les interviene para producir un efecto en la calidad de atención.

La evaluación de la variable principal o satisfacción del cuidado de enfermería en las personas post quirúrgicas, es longitudinal, el cual analiza cómo se manifiesta la satisfacción en el tiempo como efecto de una intervención en la calidad de atención.



Enfermeras (os)	O <sub>1</sub> -----X-----O <sub>2</sub>
Persona post quirúrgica	Y <sub>0</sub> -----Y <sub>1</sub> , Y <sub>2</sub> , Y <sub>3</sub> , Y <sub>4</sub>

**Procedimiento:**

1. Presentación de requisitos en la Oficina de Capacitación del Hospital Manuel Núñez Butrón, para el otorgamiento de facilidades de ingreso al servicio de hospitalización.
2. Coordinación con Jefatura de Enfermería y de Hospitalización.
3. Consentimiento informado de la población de estudio.
4. Aplicación de instrumentos: la guía de observación pre y post estrategia de motivación a los Profesionales de Enfermería y el Cuestionario de Satisfacción del Cuidado” CARE-Q (Caring Assessment Instrument) a las personas post operadas.
5. Tabulación de datos obtenidos de ambos instrumentos en la hoja Excel.
6. Análisis de significancia de resultados obtenidos utilizando la estadística no paramétrica Ji cuadrado

**Fórmula:** 
$$X^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Fe

**Dónde:** X<sup>2</sup> = valor estadístico de ji cuadrada.

**F<sub>o</sub>** = frecuencia observada o datos observados (datos del cuadro)

**F<sub>e</sub>** = frecuencia esperada o datos esperados

**Explicación:**

X<sup>2</sup><sub>t</sub> = significa ji cuadrado teórico y sale de tablas de la siguiente manera:

A la izquierda aparece. g.l= grados de libertad

Cálculo de los g.l.= (número de columnas-1) por (número de filas-1)

**EJEMPLO:** Si en un cuadro aparece: g.l (2) significa en una tabla:

	<b>PROBABILIDAD DE ERROR</b>		
g.l	10%	5%	1%
1		3.841	
2		5.991	
.....			

Por lo tanto, ji cuadrada teórica:  $X^2_t$  (con un 5% de probabilidad de error o 95% de confiabilidad) es:  $X^2_t = 5.991$

**Interpretación:** Luego se comparan ambos resultados

**Si  $X^2_c > X^2_t$ :** entonces los grupos son diferentes.

**Si  $X^2_c < X^2_t$ :** entonces los grupos no son diferentes.

7. Presentación de resultados.

## **B. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN**

La investigación se realizó en la ciudad de Puno, en el hospital Regional Manuel Núñez Butrón, perteneciente al Ministerio de Salud, recepciona a la población de escasos recursos económicos.

Las personas hospitalizadas en su mayoría no están satisfechas de los cuidados que brinda el profesional de enfermería, lo que conlleva a la insatisfacción en lo que respecta al trato humano. Faltan profesionales para brindar un cuidado de enfermería para cubrir las necesidades de salud de las personas posquirúrgicos, y

brindar un cuidado de calidad.

El cuidado humanizado es lo primordial en la profesión de enfermería y la insatisfacción de las personas constituye un indicador negativo de la satisfacción.

La población en estudio pide que el personal de enfermería los trate bien, porque ellos están enfermos y necesitan sanarse para retomar sus actividades diarias.

### **C. POBLACIÓN**

La población estuvo representada por ocho profesionales de enfermería del servicio de cirugía y 43 personas post quirúrgicas hospitalizadas.

#### **Criterios de inclusión:**

- Días de hospitalización 5 a más.
- Edad, mayor de 18 años.

#### **Criterios de exclusión:**

- Estado de conciencia, no orientado.

### **D. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En la presente investigación se utilizaron:

- a. Para la recolección de datos entre los profesionales de enfermería: el método de la observación, la técnica de observación directa y como instrumento la guía de observación.

(Anexo 1-A) dirigida al personal profesional de enfermería, donde se evaluó el trato humano y la Calidad de cuidado brindado por el Profesional de Enfermería.

Esta guía está compuesta por (III) partes diferenciadas, la I parte recolecta los

datos demográficos del Personal de Enfermería, la II parte está conformada por 11 preguntas de selección simple, formuladas de acuerdo al Indicador de Calidad Trato Humano y la tercera y última parte consta de 22 preguntas, que serán formuladas de acuerdo a los diferentes procedimientos estandarizados en la práctica de Enfermería al brindar Cuidados. Las respuestas SI tendrán un valor de 2, a veces de 1 y No es 0. La puntuación que tendrá dicho instrumento será el siguiente:

#### Dimensión Trato Humano

<b>Nivel de Calidad de Atención</b>	<b>Puntuación</b>
Excelente	22-17
Buena	16-11
Regular	10-5
Mala	4-1

#### Dimensión Cuidado asistencial.

<b>Nivel de Calidad de Atención</b>	<b>Puntuación</b>
Excelente	44-32
Buena	31-21
Regular	20-10
Mala	9-1

- b. Para la recolección de datos entre las personas post operadas: el método de la encuesta, la técnica de cuestionario y como instrumento el Cuestionario de Satisfacción del Cuidado CARE-Q (Caring Assessment Instrument).

El instrumento fue elaborado por la Dra. Patricia Larson (1984) y validado por ella en un estudio llamado “Percepción del cuidado de pacientes con cáncer por enfermeras oncológicas” con el título: “Cuestionario de Satisfacción del Cuidado” CARE-Q (Caring Assessment Instrument).

El Instrumento Care Q o de satisfacción del cuidado fue diseñado por la doctora enfermera Patricia Larson para determinar el grado de satisfacción de las personas hospitalizadas, fue validada en la versión en español por estudiantes de la Universidad del Bosque para la población Colombiana en abril del 2008, con indicadores de validez y confiabilidad de 0.88%. y luego aplicado por Zavala G. en el Hospital Nacional Dos de Mayo. 2010. Lima -Perú.<sup>84</sup>

El cuestionario (Anexo 1-B), aplicado a los pacientes de cirugía hospitalizados para medir el nivel de satisfacción sobre los cuidados de Enfermería brindados en el servicio de cirugía dicho instrumento está conformado por 26 preguntas de selección simple formuladas de acuerdo a las dimensiones siguientes Trato Humano y Cuidados asistenciales de Enfermería. La puntuación correspondiente en dicho instrumento será la siguiente:

#### Satisfacción de los Usuarios

<b>Nivel de Satisfacción en cuanto a la Atención Brindada.</b>	<b>Puntuación</b>
Satisfecho	52-42
Medianamente Satisfecho	41-31
Poco Satisfecho	30-20
Insatisfecho	19-0

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

- Datos Generales: Tabla 1 y 2.
- Datos de Cuidado Humanizado Tabla 3.
- Datos de la Satisfacción de la Persona Tablas 4 al 13.

**TABLA 1**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, DEL  
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL  
NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>		<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>100.0</b>
Edad (años)	41 – 50	2	25.0
	51 – 60	5	62.5
	Más de 60	1	12.5
Estado civil	Casada	5	62.5
	Divorciada	3	37.5
Estudios pos grado	Especialidad	6	75.0
	Magister	2	25.0
Tiempo de servicios (años)	20 – 30	5	62.5
	31 – 40	3	37.5

Entre las principales características de los profesionales de enfermería al servicio de las personas post quirúrgicas, se tiene los estudios posteriores a la titulación como es la especialidad (75%) y la maestría (25%), que garantiza el cuidado del paciente con bases sólidas; así como la edad entre 51 a 60 años (62.5%), que indica experiencia en el cuidado.

**TABLA 2**

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS POST QUIRÚRGICAS HOSPITALIZADAS EN CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018**

<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS</b>		<b>fi</b>	<b>%</b>
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>
Edad	20 – 30	14	32.6
	30 – 40	12	27.9
	40 – 50	8	18.6
	50 – 60	4	9.3
	Más de 60	5	11.6
Sexo	Femenino	14	32.6
	Masculino	29	67.4
Estado civil	Soltero	9	20.9
	Conviviente	12	27.9
	Casado	20	46.6
	Divorciado	1	2.3
	Viudo	1	2.3
Educación	Primaria	10	23.2
	Secundaria	18	41.9
	Superior	15	34.9
Procedencia	Rural	23	53.5
	Urbano	20	46.5



La población de personas post quirúrgicas se caracterizan por la edad, más de la mitad de ellos son menores de 41 años o adultos jóvenes (60.5% acumulado), varones (67.4%), casados y conviviente (74.5% acumulado), con educación secundaria y superior (76.8% acumulado) y procedentes de la zona rural (46.5%).

**TABLA 3**

**DIMENSIONES DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN EL  
PRE Y POST TEST. CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL  
“MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.**

NIVEL DE CUIDADO DE ENFERMERÍA	TRATO HUMANO				CUIDADO ASISTENCIAL			
	Pre		Post		Pre		Post	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Excelente	1	12.5	7	87.5	3	37.5	8	100.0
Bueno	7	87.5	1	12.5	5	62.5	0	0.0
Regular	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Malo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	8	100.0	8	100.0	8	100.0	8	100.0
gl(1)	$X^2_C 112.5 > X^2_T 3.9$				$X^2_C 90.9 > X^2_T 3.9$			

Del análisis, se tiene que no se observa niveles de regular o malo en el cuidado humanizado, siendo frecuente en el pre test los niveles de bueno (más frecuente) a excelente (menos frecuente).

En el pre test y por los resultados de la prueba estadística con probabilidad de error del 5%, ( $p < 0.05$ ) se afirma la diferencia significativa entre trato humano y cuidado asistencial, con ventaja del cuidado excelente (37.5%) en relación al trato humano excelente (12.5%).

En el post test y según resultados de la prueba estadística con nivel de confianza del 95%, ( $p > 0.05$ ) se afirma que no existe diferencia significativa entre el trato humano y cuidado asistencial excelente, observándose el equilibrio de las dimensiones del cuidado humanizado de enfermería.

TABLA 4

TRATO HUMANO (PRE TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO  
(MOMENTO 0). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL  
NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.

TRATO HUMANO PRE TEST	N°	%	SATISFACCIÓN: Momento 0	N°	%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100.0</b>
Excelente	1	12.5	Satisfecho	1	11.2
Bueno	7	87.5	Medianamente Satisfecho	4	44.4
Regular	0	0.0	Poco Satisfecho	2	22.2
Malo	0	0.0	Insatisfecho	2	22.2

gl (3)

$X^2_C 58.6 > X^2_T 7.8$

Por resultados de la prueba estadística y con 95% de nivel de confianza, se afirma que los niveles de trato humano y satisfacción por el cuidado son diferentes significativamente ( $p < 0.05$ ).

Mientras que el **Trato humano** es de buena (87.5%) a excelente (12.5%), la percepción de **satisfacción por el cuidado** es de mediano nivel (44.4%) a insatisfecho (22.2%).

TABLA 5

**CUIDADO ASISTENCIAL (PRE TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (MOMENTO 0). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.**

<b>CUIDADO ASISTENCIAL PRE TEST</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>SATISFACCIÓN: MOMENTO 0</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Total	8	100.0	Total	9	100.0
Excelente	3	37.5	Satisfecho	1	11.2
Bueno	5	62.5	Medianamente Satisfecho	4	44.4
Regular	0	0.0	Poco Satisfecho	2	22.2
Malo	0	0.0	Insatisfecho	2	22.2

gl(3)

$X^2_c 61.8 > X^2_T 7.8$

Por resultados de la prueba estadística y con 95% de nivel de confianza, se afirma que los niveles de cuidado asistencial y satisfacción por el cuidado son diferentes significativamente ( $p < 0.05$ ).

Mientras que el **Cuidado asistencial** es de bueno (62.5%) a excelente (37.5%), la percepción de **satisfacción** es de mediano nivel (44.4%) a insatisfecho (22.2%).

TABLA 6

TRATO HUMANO (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO  
(1° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ  
BUTRÓN” PUNO 2018.

TRATO HUMANO POST TEST	N°	%	SATISFACCIÓN: 1° MEDICIÓN	N°	%
Total	8	100.0	Total	9	100.0
Excelente	7	87.5	Satisfecho	4	44.4
Bueno	1	12.5	Medianamente Satisfecho	5	55.6
Regular	0	0.0	Poco Satisfecho	0	0.0
Malo	0	0.0	Insatisfecho	0	0.0

gl (1)

$$X^2_C = 41.3 > X^2_T = 3.9$$

Por resultados de la prueba estadística y con una probabilidad de error del 5% se afirma que el trato humano y satisfacción por el cuidado son diferentes significativamente ( $p < 0.05$ ). Mientras que el **Trato humano** es excelente (87.5%), la **satisfacción** es de mediano nivel (55.6%).

TABLA 7

TRATO HUMANO (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (2° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.

TRATO HUMANO POST TEST	N°	%	SATISFACCIÓN: 2° MEDICIÓN	N°	%
Total	8	100.0	Total	12	100.0
Excelente	7	87.5	Satisfecho	5	41.7
Bueno	1	12.5	Medianamente Satisfecho	7	58.3
Regular	0	0.0	Poco Satisfecho	0	0.0
Malo	0	0.0	Insatisfecho	0	0.0

gl (1)

$$X^2_C = 45.9 > X^2_T = 3.9$$

Por resultados de la prueba estadística y con una probabilidad de error del 5% se afirma que el trato humano y satisfacción por el cuidado son diferentes significativamente ( $p < 0.05$ ). Mientras que el **Trato humano** es excelente (87.5%), la **satisfacción** es de mediano nivel (58.3%).

TABLA 8

TRATO HUMANO (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO  
(3° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ  
BUTRÓN”, PUNO, 2018.

TRATO HUMANO POST TEST	N°	%	SATISFACCIÓN: 3° MEDICIÓN	N°	%
Total	8	100.0	Total	12	100.0
Excelente	7	87.5	Satisfecho	11	91.7
Bueno	1	12.5	Medianamente Satisfecho	0	0.0
Regular	0	0.0	Poco Satisfecho	1	8.3
Malo	0	0.0	Insatisfecho	0	0.0

gl (1)

$$X^2_C = 20.9 > X^2_T = 3.9$$

Por resultados de la prueba estadística y con una probabilidad de error del 5% se afirma que el trato humano y satisfacción por el cuidado son diferentes significativamente ( $p < 0.05$ ). Mientras que el **Trato humano** es excelente (87.5%), la **satisfacción** no alcanza su máximo nivel, observándose poca satisfacción de las personas post quirúrgicas (8.3%).



TABLA 9

TRATO HUMANO (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO  
(4° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ  
BUTRÓN” PUNO 2018.

TRATO HUMANO POST TEST	N°	%	SATISFACCIÓN: 4° MEDICIÓN	N°	%
Total	8	100.0	Total	10	100.0
Excelente	7	87.5	Satisfecho	10	100.0
Bueno	1	12.5	Medianamente Satisfecho	0	0.0
Regular	0	0.0	Poco Satisfecho	0	0.0
Malo	0	0.0	Insatisfecho	0	0.0

gl (1)

$X^2_C = 13.3 > X^2_T = 3.9$

Por resultados de la prueba estadística y con una probabilidad de error del 5% se afirma que el trato humano y satisfacción por el cuidado son diferentes significativamente ( $p < 0.05$ ).

Mientras que el *Trato humano* no alcance la excelencia en el 100% de los profesionales, así se logre la satisfacción por el cuidado en el 100% de las personas, la diferencia de resultados pone en riesgo la sostenibilidad de la percepción en el tiempo.

**TABLA 10**

**CUIDADO ASISTENCIAL (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (1° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” PUNO 2018.**

<b>CUIDADO ASISTENCIAL POST TEST</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>SATISFACCIÓN: 1° MEDICIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Total	8	100.0	Total	9	100.0
Excelente	8	100.0	Satisfecho	4	44.4
Bueno	0	0.0	Medianamente Satisfecho	5	55.6
Regular	0	0.0	Poco Satisfecho	0	0.0
Malo	0	0.0	Insatisfecho	0	0.0

gl (1)

$X^2_C = 76.9 > X^2_T = 3.9$

Por resultados de la prueba estadística y con una probabilidad de error del 5% se afirma que el cuidado asistencial y la satisfacción por el cuidado son diferentes significativamente ( $p < 0.05$ ).

Mientras que el **Cuidado asistencial** es brindado de manera excelente (100.0%), la **satisfacción** es de mediano nivel (55.6%).

**TABLA 11**

**CUIDADO ASISTENCIAL (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (2° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN”, PUNO, 2018.**

<b>CUIDADO ASISTENCIAL POST TEST</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>SATISFACCIÓN: 2° MEDICIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Total	8	100.0	Total	12	100.0
Excelente	8	100.0	Satisfecho	5	41.7
Bueno	0	0.0	Medianamente Satisfecho	7	58.3
Regular	0	0.0	Poco Satisfecho	0	0.0
Malo	0	0.0	Insatisfecho	0	0.0

gl (1)

$$X^2_C = 82.4 > X^2_T = 3.9$$

Por resultados de la prueba estadística y con una probabilidad de error del 5% se afirma que el cuidado asistencial y la satisfacción por el cuidado son diferentes significativamente ( $p < 0.05$ ).

Mientras que el **Cuidado asistencial** es brindado de manera excelente (100.0%), la **satisfacción** es de mediano nivel (58.3%).

TABLA 12

CUIDADO ASISTENCIAL (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (3° MEDICIÓN). CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN”, PUNO, 2018.

CUIDADO ASISTENCIAL POST TEST	N°	%	SATISFACCIÓN: 3° MEDICIÓN	N°	%
Total	8	100.0	Total	12	100.0
Excelente	8	100.0	Satisfecho	11	91.7
Bueno	0	0.0	Medianamente Satisfecho	0	0.0
Regular	0	0.0	Poco Satisfecho	1	8.3
Malo	0	0.0	Insatisfecho	0	0.0

gl (1)

$X^2_C = 8.7 > X^2_T = 3.9$

Por resultados de la prueba estadística y con una probabilidad de error del 5% se afirma que el cuidado asistencial y la satisfacción por el cuidado son diferentes significativamente ( $p < 0.05$ ).

Mientras que el **Cuidado asistencial** es brindado de manera excelente (100.0%), la **satisfacción** registra entre la población un porcentaje menor de poca satisfacción entre la población (58.3%).

**TABLA 13**

**CUIDADO ASISTENCIAL (POST TEST) Y SATISFACCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO (4° MEDICIÓN) CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN”, PUNO, 2018.**

<b>CUIDADO ASISTENCIAL POST TEST</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>SATISFACCIÓN: 4° MEDICIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Total	8	100.0	Total	10	100.0
Excelente	8	100.0	Satisfecho	10	100.0
Bueno	0	0.0	Medianamente Satisfecho	0	0.0
Regular	0	0.0	Poco Satisfecho	0	0.0
Malo	0	0.0	Insatisfecho	0	0.0

gl (1)

$X^2_C = 0.1 < X^2_T = 3.9$

Por resultados de la prueba estadística y con un nivel de confianza del 95%, se afirma que el cuidado asistencial y la satisfacción por el cuidado no tienen diferencia significativa ( $p > 0.05$ ).

En la cuarta comparación post test del cuidado asistencial y satisfacción medición se alcanza el equilibrio entre cuidado asistencial y satisfacción por el mismo en el 100% de la población en estudio.

## B. DISCUSIÓN

La experiencia en el cuidado de personas enfermas y personas sanas nos permite hacer afirmaciones sostenidas como esta que el paciente al ingresar al nosocomio tiene confianza en la experticia de los médicos y por tanto se curará de la enfermedad física, sin embargo y muy importante es el hecho de considerar la incertidumbre del cuidado que recibirá en la eventual experiencia de una hospitalización y lo que implica en relación a su esfera social, emocional y espiritual.

El cuidado humanizado pretende profundizar la concepción de persona, promoviendo calidad de vida, protegiendo sus derechos, contribuyendo a la satisfacción de sus necesidades no solo físicas sino de manera integral con aspectos emocionales, sociales, espirituales y de su entorno.

El cuidado humanizado de enfermería se ejerce por vocación, de ahí que no se encuentra niveles de regular o malo, sin embargo puede que si no es motivada con alguna estrategia, la parte subjetiva o más sensible del cuidado humanizado como es el trato humano quede rezagada y hasta desplazada por el mero cuidado asistencial.

Los resultados del cuidado humanizado coinciden con lo encontrado en los estudios de Pecho M. (2017) Perú. Nos indica que el 32.4% de los pacientes hospitalizados siempre percibieron un comportamiento de cuidado humanizado por parte de las enfermeras(os), el 31.5% percibieron casi siempre; Cáceres S. Lima-Perú. (2015) de la mayoría de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería es medianamente favorable a desfavorable; Vásquez V. (2015) Huaraz Perú. La percepción global de los usuarios y familiares sobre el cuidado humanizado que brindan las enfermeras del servicio de emergencia es medianamente favorable con un porcentaje de 47.6%; es por ello que el estudio parte de la formulación *¿la calidad del cuidado humanizado de enfermería mejora la satisfacción de la persona posquirúrgica hospitalizada?*; en efecto los resultados confirman la posibilidad, cuando se observa cambios en los niveles de cuidado pre y post test (tabla 4) y más específicamente en la dimensión del trato humano, parte más sensible del cuidado en la que se observa un cambio importante en el acto de

explicarle al paciente lo que se va a realizar rompiendo barreras que permiten ver no al paciente sino más bien a la persona que confía y con ello establecer la relación dialógica enfermera/o – paciente, al punto de motivar otros cuidados como el apoyo emocional, cuidado muy necesario en las personas que atraviesan por una eventual experiencia de enfermedad, más aún si el caso se trata de intervenciones quirúrgicas. En cuanto al cuidado asistencial si bien los niveles son de bueno a excelente, se observa aún la debilidad en el uso del PAE durante los cuidados que brinda el profesional de enfermería.

En cuanto a la satisfacción del cuidado humanizado se tiene que la percepción del paciente es tan **sensible** que inclusive cuando el cuidado es evaluado como bueno a excelente, la percepción registra niveles de poca o ninguna satisfacción (Tabla 5 y 6) y que paulatinamente manteniendo niveles de excelencia se logra modificar la percepción de satisfacción de la persona post quirúrgica (Tablas 7, 8, 9 y 11, 12 y 13).

En la cuarta medición, el trato humano y la percepción de satisfacción por el cuidado, no logra la nivelación significativa ( $p < 0.05$ ), el trato humano con la intervención logra niveles de excelente y bueno, en tanto el efecto de estos niveles permite la satisfacción del paciente al 100.0% (Tabla 10), mientras que el cuidado asistencial y la percepción de satisfacción igualan los niveles ( $p > 0.05$ ) de excelente cuidado y persona satisfecha (Tabla 14).

Concordando con Guerrero R. (2015) Perú nos da a conocer la satisfacción de necesidades: el cuidado humano es 59% ofrece regular; Zavala G. (2010) Perú. El Paciente Adulto Mayor, presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción Medio; Villalba RD. (2007) Expresa las dimensiones que permiten medir la calidad de los servicios de salud están referidas a la calidad científica técnica, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad a los servicios de salud.

Con los resultados se demuestra que se debe motivar el cuidado humanizado para elevar los niveles de satisfacción en las personas que reciben el servicio.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

**PRIMERA:** El trato humano varía significativamente del pre al post test, logrando en el 87.5% de los profesionales considerar conceptos de acercamiento a la persona mediante la explicación de procedimientos, apoyo emocional, dirigirse por el nombre, interés por cuidados continuados, siendo aún de poca comprensión el cuidado transformador de las personas mediante la educación.

**SEGUNDA:** El cuidado asistencial varía significativamente del pre al post test, logrando en el 100.0% cuidados excelentes; observándose cambios en aspectos de tratamiento con debilidades en la elaboración del PAE y orientaciones respectivas.



**TERCERA:** El trato humano es una dimensión del cuidado que no se logra impactar al 100% pese a la motivación; no lográndose nivelar el trato con la satisfacción por el cuidado.

**CUARTA:** El cuidado asistencial se eleva a niveles excelentes con la motivación en el 100% de los profesionales de enfermería, lográndose equilibrar cuidado satisfacción en la cuarta medición en el estudio.

## **B. RECOMENDACIONES**

1. A las autoridades de las jefaturas de enfermería a través, de la unidad de capacitación fomentar y promover programas de sensibilización continua sobre cuidado humanizado de enfermería enfatizando en el Trato humano, sustentado en la Teoría de la Dra. Jean Watson.
2. Al Consejo Regional VI de Enfermeras, implementar jornadas de trabajo que incentiven el cuidado humanizado en enfermería a sus colegiadas.
3. A las Universidades formadoras de futuras enfermeras, se recomienda que en las asignaturas profesionales considerar como eje transversal el personas post quirúrgicas y a estar más cerca de las personas a cuidar.
4. A las profesionales de enfermería del servicio de cirugía, incrementar su crecimiento personal y profesional en el buen trato humano que conllevara a la satisfacción cuidado humanizado de enfermería de la personas post quirúrgicas.

## BIBLIOGRAFÍA

01. Afanador, N. Indicadores de cuidado. Rev. Actualizaciones en enfermería [en Internet]. 2001; 4 (1). Disponible en:  
<http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm>
02. Watson J. Le << caring>> Philosophie et sciences de soins infirmiers. Paris: Editions Seli.
03. Gaviria Noreña D. Evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Investigación y Educación en Enfermería. 2009, Medellín Enero/Junio; 27(1).
04. Alzate Posada L. Gerencia en el Cuidado de Enfermería Colombia UNd, editor. Colombia; 2010.
05. Cabrero García J,RMMyRFA. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. Enfermería Clínica. 1999; 5(5).
06. Mira JJ AJ. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clinica. 2000;(3).
07. Perez K. Percepción de los Usuarios sobre la Calidad de Atención brindada por el profesional de Enfermería en el servicio de medicina Interna I y II del Complejo Universitario "Ruiz y Páez" Ciudad Bolívar. VI Jornada Científica de Enfermería. Bolívar: Hospital Dr. "H.N.J. IVSS"; Mayo, 2010
08. MOLINER,R. La formación de la satisfacción-insatisfacción del consumidor y del comportamiento de queja: aplicación al ámbito de los restaurantes. Innovar, Revista de Ciencias A.
09. DONABEDIAN A, Zurita B. Calidad Asistencial. Revista Jano. 1989; 34:27 35–42.12 EVANS, JR. LINDSAY, WM. FRAGOSO, FS. DÍAZ, GH. Administración y control de Calidad. Thompson. 2000.

10. EVANS, JR. LINDSAY, WM. FRAGOSO, FS. DÍAZ, GH. Administración y control de Calidad. Thompson. 2000. Pág. 13.
11. SAINZ, A. MARTÍNEZ, JR. ALONSO, M. AYUSO, B. CAAMAÑO, C. MARCO, A. MORÁN, I. ESTÉVEZ, J. Calidad percibida por los pacientes quirúrgicos en un hospital de alta complejidad. Revista Calidad Asistencial 2002; 17(5):284-291.
12. MIYAHIRA, JM. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? Revista Médica Herediana. 2001; 12(3): 75-77.
13. LLINÁS, A. Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud, un primer paso para la reforma del Sistema. Revista Salud Uninorte. 2010; 26 (1): 143-154.
14. Puebla, DC. Ramírez, A. Ramos, P. Moreno, MT. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de Enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17 (2): 97-102.
15. Kozier B. Fundamentos de Enfermería. 7th ed. Madrid: MacGraw-Hill-Interamericana; 2008.
16. Basset, M.I.)2011) Estrés laboral y personal en los recursos humanos de enfermería de una unidad de Psiquiatría en México. Enf. Neurológica Vol. 10 N° 1
17. Donabedian A. Garantía y Monitoría de la calidad de la atención médica México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1997.
18. Gantz NR SLHR. A collaborative perspective on nursing leadership in quality improvement. The foundation for outcomes management and patient/staff safety in health care environments. PubMed. 2003 Oct.-Dic; 27 (4).
19. PECHO M. Percepción del cuidado humanizado en pacientes especializados en el hospital "Augusto Hernández Mendoza" ESSALUD Ica – 2016 PERU
20. Guerrero R. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina Servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides

Carrión. Lima- Callao. 2015.

21. Cáceres Silvia. Realizo un estudio titulado “El Cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el Servicio de emergencia del hospital municipal “Los Olivos”, Lima- Perú.2015.
22. Vásquez Vera, Realizó un estudio titulado “Percepción de los usuarios y familiares sobre el cuidado humanizado que brinda las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huaraz. Julio-diciembre2015”.
23. Mera Cárdenas, Catherine. Realizó un estudio titulado “El cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería de la UNMSM, 2014.
24. BARRAGÁN B. AJ,MC. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. Enfermería Global. Colombia. 2013 Enero;(29).
25. Espinoza Medalla, Leonor. Realizo un estudio titulado “El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital Essalud Huacho. Octubre de 2013”.
26. MOLINA C. Molina Cardona EM. Evaluación de la calida del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria Bogotá D.C. 2011. Tesis, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.
27. Zavala Lizaraso G. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009. 2010. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
28. Ariza Olarte C. DR. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. 1st ed. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
29. Bautista Luz M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander. Aquichan, Universidad de La Sabana. 2008, Colombia Abril; 8(1).

30. Villalba RD. 2007 Calidad en atención primaria de la salud. Enfermería Global. 2007 Mayo;(10).
31. Juárez CN SMVP. PerCuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva. 2009, Córdoba, Argentina. Tesis. Universidad Nacional de Córdoba.
32. Silva, G. mppgvp. Hospital General de México. (Online).; 2015 (cited 2015 Enero 24. Available from: hyperlink  
[http://hgm.salud.god.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti\\_17.pdf](http://hgm.salud.god.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_17.pdf)  
[http://hgm.salud.god.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti\\_17.pdf](http://hgm.salud.god.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_17.pdf)
33. Adalila Santos, Rodríguez Ruiz. Cuidado humanizado que brinda la enfermera en emergencia del hospital Víctor Lazarte Echegaray Trujillo 2016. UPAO [ONLINE]. 2016 [5-jun-2017]. Disponible en:  
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2746/1/RE\\_ENFE\\_ADALILA.RODRIGUEZ\\_CUIDADO.HUMANIZADO\\_DATOS.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2746/1/RE_ENFE_ADALILA.RODRIGUEZ_CUIDADO.HUMANIZADO_DATOS.PDF)
34. Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. Journal of advanced Nursing, 1996;24:988-996.
35. Parentini, R Historia de la enfermería: Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX. Ediciones Trilce. Uruguay. 2002
36. Murillas, M Epistemología del cuidado. Colombia. 2010 Recuperado de <http://epistemologiadelcuidado.blogspot.com/>
37. Cecilia Rohrbach-Viadas. Antropología cuidar es antiguo como el mundo y tan cultural como la diversidad de la humanidad. RUA [ONLINE]. 1997 [SEP 2017]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5240/1/CC\\_02\\_06.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5240/1/CC_02_06.pdf)
38. Watson J. Justicia social y el cuidado humano: un modelo de la ciencia de cuidar como un esperanzador paradigma de justicia moral para la humanidad. Enfermería de creat. 2008
39. Luz Nelly Rivera Álvarez, Álvaro Triana. Cuidado Humanizado de Enfermería.

2007 [ SEP 2017] 10(4):15-21. Disponible en:  
<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>

40. Avedis Donabedian. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care .1973
41. Gilmore C MH. Manual de Gerencia de la calidad. 9th ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
42. Dueñas O. Calidad de salud: Dimenciones de la calidad.Disponible en: WWW. Gerenciasalud.com
43. Peloso yo. Calidad de la atención de Enfermería, esperada y ofrecida, reflejada en los pacientes de sanatorios privados. Temas de Enfermería Actualizados. 2008 Marzo-Abril; 5(21).
44. Martínez J. Sistema de auditoria medica hospitalaria. Revista Cubana Administración de Salud. 1988; 14(1).
45. Ibarra P, AG; Trato digno de enfermería. 2012  
<http://hannyibarra.blogspot.mx/2012/trato-digno--de-enfermeria.html>.<sup>3</sup>consultado21deanero201842
46. Letelier Sanz P VSS. Scielo. (Online).; 2002 (cited 2015 18. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0717-95532002000200003&Ing=es.
47. Griffin Perry A. PA. Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos. 4th ed. Barcelona, España; 2003
48. Cabrera M ZGME. Actitudes del profesional de enfermería entre los cuidados del paciente. 2009. Tesis de bachiller.
49. Schlotfeldt R. Nursing the Future. Nursing Outlook. 1981. pp. 295-301.
50. Vallejo HA. Vocabulario lacaniano Helguero Vy, editor. Argentina; 1987.

51. Behrens HMO. Enfermera Gerais UFdM, editor. Brasil: Escola de Enfermagem.
52. Gonzales R BCyo. Cuidado humano con valor en el ejercicio de los profesionales de salud. 2009.
53. enfermeriaenconsulta.blogspot.com [ONLINE]. Puerto Rico. Lourdes Burgos. 2010 [citado ENE 2017]. Disponible en:  
<http://enfermeriaenconsulta.blogspot.com/2010/05/humanizacion-del-cuidado-de-enfermeria.html>
54. B.F. Lomonosov. El problema de la comunicación en psicología. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1989.
55. Etxebeste A. Modelos teóricos de enfermería aplicados a la salud mental Mondragón: Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios; 1998.
56. CONAMED. Información sobre la CONAMED para los profesionales de salud 2006: 3(28).
57. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Índice de seguridad hospitalaria: Guía para la evaluación de establecimientos de salud de mediana y baja complejidad Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2010
58. FERER CO. EL MODELO WATSON PARA UN CAMBIO DE PARADIGMAS EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS. Rol Enferm. 2015 febrero; 1
59. Hernandez CJ EA. Fundamentos de la Enfermera: Teoria y Metodo Madrid: MsGraw; 1999.
60. Meleis AI. Theoretical Nursing Development and progress. 3<sup>rd</sup> ed. Washington.
61. Lydia I. B. La comunicación, pieza clave en enfermería. Dialnet, españa: 2012 mayo-agosto sección. P. 1.
62. Nkongo N. El inventario de Habilidad de Cuidado. The Caring Ability Inventoty Strickland O. Waltz: C. Measurement of Nursing Outcomes; 1999.

63. Wade GH Kasper N. Nursing Student's Perceptions OF Instructor. Caring And instrument base Watson's Theory of Transpersonal Caring. Journal of Nursing Education 2006; 45(5): 162 – 168
64. Martin –Caro G. Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Primera ed. Madrid: Harcourt;2001
65. Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and WATSON. Journal of advanced Nursing, 1996;24:988-996.
66. El cuidado Humano <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html>
67. UNS F. Fundamentos UNS. [Online].; 2012 [cited 2016 Agosto 3. Available from: HYPERLINK "<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html>"]
68. Schneider H PN. Cómo llegar a la verdad?, Investigando vistas de usuario de la atención primaria de salud. 2010. Plan Políticas de Salud.
69. Pascoe G. La satisfacción del paciente en atención primaria: una revisión y análisis de la literatura. Evaluacion y Planificacion del programa. 2002.
70. Baron Epel O DMFN. Evaluación entre expectativas, las percepciones y satisfacción con la atención de los pacientes. 2001.
71. Sitzia J. Satisfacción del pacientes Madera N: una revisión de cuestiones y conceptos. 2011. Sos.Sci Med.
72. Balderas Pedrero ML. Administración de los servicios de enfermería México: McGraw Hill; 2005.
73. Barbero A. [www.albarbero.com](http://www.albarbero.com). [Online]. [cited 2015 Enero 19. Available from: HYPERLINK "<http://www.albarbero.com/2010/01/los-cuatro-factores-de-generacion-de.html>". <http://www.albarbero.com/2010/01/los-cuatro-factores-de-generacion-de.html>.
74. Abadi M. La calidad del servicio. 2011. Buenos Aires.



75. Licha I. El enfoque de gerencias social. En diseño y gerencia de políticas y programas sociales Washington: Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Instituto Interamericano para el Desarrollo (INDES); 2000.
76. Qué es comprender [base de datos en línea]. Santurtzieus  
[http://www.santurtzieus.com/gela\\_irekia/materialak/ikastaro/comprender/ulermen a/ulertzea.htm](http://www.santurtzieus.com/gela_irekia/materialak/ikastaro/comprender/ulermen a/ulertzea.htm)
77. Serrano MI. Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Madrid: Días de Santos;2005
78. Fortuny M. El Contenido Transversal de la Educación para la Salud: Diseño de la Actividad Pedagógica. Revista de Ciencias de la Educación Madrid.2008
79. Collins R. La creatividad intelectual. 2015. <http://transformandoelinfierno.Com/2009/10/30/la-creatividad-intelectual-segun-randall-collins/>.
80. Fernández Vergel LL ZBDMGA. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Art. Cubana.
81. Medalla Espinosa L HBKPQJ. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el hospital Essalud Huacho.
82. Acuña MC. Humanización en el cuidado de enfermería. 2012.  
[http://www.cymsa.com.ar/fronted/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion\\_Acu&C3B1a.pdf](http://www.cymsa.com.ar/fronted/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion_Acu&C3B1a.pdf).
83. Barrera BA. Vivencias de la enfermera en el rol del paciente durante el periodo de hospitalización. 2008. Tesis: Universidad Nacional de Córdoba, [http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/barrera\\_barbara\\_biblioteca/tesis/barrera\\_barbara\\_alejandro.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/barrera_barbara_biblioteca/tesis/barrera_barbara_alejandro.pdf).
84. Cortés Gómez, Sandra Marcela Área quirúrgica. Informe de gestión 2007. Revista de enfermería.URL disponible en:  
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermevol11012008/>

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1-A

### GUÍA DE OBSERVACIÓN

La presente guía de observación, es un medio de recolección de datos de forma directa, aplicada en el servicio de hospitalización cirugía del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, con la finalidad de verificar resultados de la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería y que a su vez hará posible contrastar con el nivel de satisfacción de la persona post operada.

#### I.- Datos Demográficos.

**Edad**.....años

**Estado civil:** Soltera.....Casada.....Otros .....

**Tiempo de servicio**.....años

**Nivel Académico:** DRA \_\_\_\_\_Mg.\_\_\_\_ Lic. \_\_\_\_ ENF.\_\_\_\_\_

#### II.- Atención al Usuario.

<b>Trato Humano</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Algunas veces</b>
1. ¿El profesional de enfermería al atender a los usuarios fue amable?			
2. ¿El profesional de enfermería se identifica ante los usuarios?			
3. ¿El profesional de enfermería se dirige a los usuarios por su nombre?			
4. ¿El profesional de enfermería explica al usuario sobre los cuidados o actividades que se le va a realizar?			
5. ¿El profesional de enfermería ofrece las condiciones necesarias para guardar la intimidad y/o pudor del usuario?			
6. ¿El profesional de enfermería trata con respeto al usuario?			
7. ¿El profesional de enfermería explica al usuario o familiar sobre los cuidados que debe tener después de un procedimiento?			
8. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas?			
9. ¿El profesional de enfermería brinda apoyo emocional al usuario?			
10. ¿El profesional de Enfermería realiza charlas educativas a los usuarios hospitalizados?			
11. ¿El profesional de enfermería prepara al usuario para la intervención quirúrgica?			

### III Parte Cuidados de Enfermería

Cuidados Proporcionados Por Enfermería.	SI	NO	Algunas veces
1. ¿El profesional de enfermería orienta al usuario sobre una dieta balanceada?			
2. ¿El profesional de enfermería oriento al usuario sobre la importancia de la nutrición en el post operatorio?			
3. ¿El profesional de enfermería aplica los cinco correctos?			
4. ¿El profesional de enfermería administra los medicamentos utilizando los principios de asepsia?			
5. ¿El profesional de enfermería administra los medicamentos por vía oral?			
6. ¿El profesional de enfermería realiza el membrete a la hidratación conforme con la norma de la institución?			
7. ¿La Venocclisis y el equipo tienen más de 72 horas instaladas?			
8. ¿El catéter se encuentra fijado firmemente y el adhesivo está limpio?			
9. ¿La solución tiene menos de 24 horas instalada?			
10. ¿El profesional de enfermería gradúa correctamente el ritmo del goteo para regular la hidratación?			
11. ¿El profesional de enfermería administro el analgésico cuando el usuario lo amerita?			
12. ¿El profesional de enfermería orienta sobre el cuidado de la herida post operatoria?			
13. ¿El profesional de enfermería aplica las técnicas de asepsia y antisepsia antes, durante y después de realizar los procedimientos?			
14. ¿El profesional de enfermería protege la intimidad del usuario?			
15. ¿La enfermera realiza la evaluación del proceso de recuperación?			
16. ¿El profesional de enfermería explica al usuario la importancia del reporte de posibles complicaciones del post operatorio?			
17. ¿El profesional de enfermería orienta al usuario sobre la importancia del funcionamiento digestivo?			
18. ¿El profesional de enfermería cuantifica la temperatura corporal y la presión arterial durante su turno de trabajo?			

19. ¿El profesional de enfermería valora y registra en el reporte de enfermería los factores de riesgo que presento el usuario?			
20. ¿El profesional de enfermería aplica el P.A.E y registra los planes de cuidados de enfermería de acuerdo al riesgo de lesiones?			
21. ¿El profesional de enfermería informa al paciente y familiar sobre el riesgo de lesiones?			
22. ¿El profesional de enfermería orienta a usuarias sobre la importancia de la deambulaci3n en el post operatorio?			

## ANEXO 1- B

### “CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL CUIDADO” CARE-Q

El presente cuestionario sirve para medir el Nivel de Satisfacción de las personas en Cuanto a la Calidad de Atención Brindada por el Profesional de Enfermería en el Servicio de cirugía del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno.

Ante todo un cordial saludo, espero contar con su colaboración, debido a que la información que será proporcionada por usted, nos permitirá culminar la investigación antes mencionada por lo que agradecemos responder con sinceridad, las respuestas son anónimas.

#### **INSTRUCCIONES:**

Lea cuidadosamente el cuestionario antes de marcar su respuesta y marque con una "X" la casilla correspondiente a la respuesta que considere correcta.

Se presentan 3 alternativas en la cual solo debe marcar una de acuerdo a la pregunta. Marque con una X el número correspondiente a la alternativa que considere que mejor expresa su opinión sobre la calidad de atención proporcionado por el personal de enfermería. Las Alternativas son las siguientes: Si, No, A veces. Las cuales usted debe responder de acuerdo a la calidad del servicio de enfermería que recibió durante su hospitalización según su criterio.

1. Este cuestionario debe ser respondido en forma individual.
2. Asegúrese de responder todas las preguntas.
3. No firme, es anónimo.
4. Revise bien antes de entregar.
5. Cualquier duda consulte con los responsables.

**Marque con una "X" la casilla correspondiente a la respuesta que considere correcta.**

Trato Humano	SI	NO	Algunas veces
1. ¿El profesional de enfermería se identifica por su nombre y apellido al llegar al cuarto que usted está ocupando?			
2. ¿El profesional de enfermería cuando le habla lo hace por su nombre?			

3. ¿El profesional de enfermería al momento de hablar le (o) mira a la cara?			
4. ¿El profesional de enfermería le habla o le explica cuando le realiza algún procedimiento? Por ejemplo cuando le coloca el tratamiento por la vena le hable sobre el medicamento que le coloca.			
5. ¿El profesional de enfermería le ofrece las condiciones necesarias para guardar su intimidad?			
6. ¿El profesional de enfermería la trata con respeto?			
7. ¿El profesional de enfermería le explica a usted o a su acompañante sobre los cuidados que debe tener después de la intervención quirúrgica?			
8. ¿Son continuos los cuidados de Enfermería?			
9. ¿El profesional de enfermería al atenderlo fue amable con usted?			
10. ¿El profesional de Enfermería le brinda apoyo emocional?			
11. ¿El profesional de enfermería realizó charlas educativas en el servicio durante su hospitalización?			

<b>Cuidados Proporcionados Por Enfermería.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Algunas veces</b>
1. ¿El profesional de enfermería le colocó el medicamento para el dolor cuando usted o su familiar le avisaron?			
2. ¿El profesional de enfermería le realiza la limpieza con algodón y alcohol antes de colocarle los medicamentos?			
3. ¿El profesional de enfermería preguntó su nombre y apellido antes de colocarle el medicamento?			
4. ¿El profesional de enfermería administra los medicamentos por vía oral?			
5. ¿El profesional de enfermería le facilita el agua cuando usted toma alguna pastilla o vitamina?			
6. ¿Usted pasa más de tres días con una vía en la vena?			
7. ¿el adhesivo con que le ajustan la vía esta siempre limpio y bien ajustado?			
8. ¿El profesional de enfermería gradúa correctamente el ritmo del goteo cuando usted recibe suero o medicamento?			
9. ¿El profesional de enfermería orienta sobre la higiene			

personal?			
10. ¿El profesional de enfermería le explica la importancia de la movilización oportuna después del postoperatorio. ?			
11. ¿El profesional de enfermería le realizó el aseo parcial después de la intervención quirúrgica?			
12. ¿El profesional de enfermería le explica sobre la importancia del buen funcionamiento de su estómago, después de la intervención quirúrgica?			
13. ¿El profesional de enfermería le tomó la temperatura y presión arterial durante su hospitalización?			
14. ¿El profesional de enfermería le informa a usted o a su familia sobre el riesgo de caídas o mareos después del Post operatorio?			
15. ¿El profesional de enfermería le explica sobre la importancia de caminar y le informa en cuanto tiempo puede hacerlo después de la intervención quirúrgica?			



## **ANEXO Nº 2**

### **ESTRATEGIA DE MOTIVACION SUPUESTOS DE WATSON**

#### **3.1. Introducción**

Es fundamental, para el profesional de enfermería meditar el marco conceptual de la profesión, mas aún en el presente siglo de globalización, donde la persona es única, e irreplicable, indisociable de su universo y mayor y diferente que la suma de sus partes; de ahí la necesidad de cuidar reconociendo sus valores, creencias y prácticas.

La presente estrategia de motivación pretende que el profesional de enfermería se motive en los supuestos de Watson durante el ejercicio profesional.

#### **3.2. Denominación**

Estrategia de motivación con supuestos de Watson.

#### **3.3. Justificación**

Es necesario que la profesión de enfermería asuma el modelo de cuidado de manera diferenciada al modelo biólogo centrado en la mera enfermedad. Con el transcurrir del tiempo la Enfermería se involucra en el desarrollo de la sociedad cuando asume el cuidado de las personas que eventualmente experimentan una situación de enfermedad, logrando a través del cuidado que la enfermedad se torne en una experiencia satisfactoria para elevar la calidad de vida.

#### **3.4. Objetivos**

Motivar la visión del cuidado humanizado.

- Reconocer que el cuidado humanizado es la razón moral y no solo un procedimiento o una acción.
- Valorar el cuidado como un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre el profesional de enfermería y la persona cuidada
- Apreciar la reciprocidad única y auténtica en el cuidado como la base de la relación enfermera(o)/persona

- Valorar los requisitos de la profesión que va más allá de lo científico, académico y clínico al ser un agente humanitario y moral para alcanzar las transacciones del cuidado humano.

### 3.5. Contenidos

#### CONCEPTOS METAPARADIGMÁTICOS DE JEAN WATSON

1. **Salud:** tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
2. **Persona:** Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
3. **Entorno:** Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)
4. **Enfermería:** Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.<sup>59</sup>

#### SUPUESTOS DE WATSON RELACIONADOS CON LOS VALORES DEL CUIDADO HUMANO

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermera, en otras palabras, el cuidado humano; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permite a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita de Walker.<sup>58</sup>

**Premisa 1.** “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”.

**Premisa 2.** “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.

**Premisa 3.** “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

1. Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
2. El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
3. El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
4. El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.
5. Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
6. Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
7. La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.<sup>58</sup>