

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POSGRADO



=====

**SATISFACCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO QUIRÚRGICO
CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DE LA SALA DE
OPERACIONES DE PEDIATRÍA 2D0 “G” DEL HOSPITAL
EDGARDO REBAGLIATEGUI MARTÍNS, LIMA 2017”**

=====

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

**TESISTA: ANA MARÍA AVALOS MOLINA
ASESOR: DR. FRANCISCO GARCÍA GARCÉS**

HUÁNUCO – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mi familia por las enseñanzas de vida, por su apoyo
permanente incondicional.

Ana María, AVALOS MOLINA

AGRADECIMIENTO

A mi asesor por su importante y sabia orientación, así como sus valiosos consejos, enseñanzas y ayuda.

Al profesor del curso de tesis de la Maestría por sus pertinentes enseñanzas y orientaciones teóricas y metodológicas.

Ana María, AVALOS MOLINA

RESUMEN

Esta investigación plantea como objetivo: “Determinar la satisfacción en el cuidado de enfermería del paciente pediátrico quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do “G” del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins. El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal, tiene como objetivo describir la satisfacción de los padres de los pacientes pediátricos quirúrgicos y de corte transversal. Descriptivo: Porque permitió describir la satisfacción de los padres de los pacientes pediátricos quirúrgico además es de corta duración en un periodo corto de tiempo, el instrumento utilizado fue la encuesta a 20 madres que acudieron al servicio de la sala de operaciones del segundo piso del Edgardo Rebagliategui Martins, se llega a las conclusiones de que Los familiares de los niños pediátricos quirúrgicos, tienen una percepción buena, respecto a la dimensión del cuidado educativo, dimensión técnica de enfermería, relación enfermera – paciente, y, Los familiares de los niños pediátricos quirúrgicos, tienen una percepción buena con tendencia a regular (60 a 80%), respecto a la percepción de satisfacción por los servicios y atención brindada por las enfermeras.

Palabras clave: Dimensiones de los cuidados de enfermería, satisfacción; calidad; enfermería; pediatría.

SUMMARY

This research aims to: "Determine the satisfaction in nursing care of the pediatric surgical patient of the 2nd G" Pediatric Operations Room of the Edgardo Rebagliategui Martins Hospital. The present study is of descriptive and cross-sectional type, it has as objective to describe the satisfaction of the parents of the pediatric surgical patients and of transversal cut. Descriptive: Because it allowed describing the satisfaction of the parents of surgical pediatric patients, it is also short-term in a short period of time, the instrument used was the survey of 20 parents who attended the service room of the second floor of the Edgardo Rebagliategui Martins, we reach the conclusions that the relatives of pediatric surgical children, have a good perception, regarding the dimension of educational care, technical dimension of nursing, nurse - patient relationship, and, The relatives of pediatric surgical children , they have a good perception with a tendency to regulate (60 to 80%), regarding the perception of satisfaction with the services and attention provided by the nurses.

Keywords: Dimensions of nursing care, satisfaction; quality; Nursing; pediatrics.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación plantea como objetivo: “Determinar la satisfacción en el cuidado de enfermería con las que el paciente pediátrico quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do “G” del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins.

El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal, tiene como objetivo describir la satisfacción de los padres de los pacientes pediátricos quirúrgicos y de corte transversal. Descriptivo: Actualmente, una de las formas de evaluar la calidad asistencial en los hospitales es a través de la obtención de la acreditación por medio de agencias como la Joint Commision on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO); este organismo fundamenta la evaluación, sobre todo, en aspectos más técnicos. Otra forma de medir la calidad del cuidado es a través de dos perspectivas: la perspectiva de los profesionales y la de los propios pacientes. En este sentido, la evaluación de la satisfacción del paciente se considera uno de los resultados que se derivan de la atención sanitaria y un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados sanitarios que se prestan.

La investigación del enfermero surge por la necesidad de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria siendo en los últimos tiempos la atención de calidad el grado óptimo de cuidados que espera recibir el paciente, desde el primer contacto hasta su recuperación.

La percepción es un proceso mental que nos permite formar conceptos opiniones impresiones, sentimientos acerca de un individuo situación o fenómeno; por ello es importante que la enfermera identifique cuales son las percepciones del familiar respecto al cuidado que brinda la enfermera al niño.

La estructura del presente Trabajo de Investigación ésta dada de la siguiente forma:

CAPÍTULO I: Problema de la Investigación.

CAPÍTULO II: Marco Teórico.

CAPÍTULO III: Marco Metodológico.

CAPÍTULO V: Resultados.

CAPÍTULO VI: Discusión de resultados.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	iv
SUMMARY	v
INTRODUCCIÓN.....	vi
CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. Descripción del problema	10
1.2. Formulación del problema	11
1.3. Objetivo General y objetivos específicos	12
1.4 Hipótesis y/o sistema de hipótesis	12
1.5 Variables	13
1.6. Operacionalización de las variables	14
1.7 Justificación e importancia	15
1.8 Viabilidad	15
1.9 Limitaciones	16
II. MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes de la investigación	17
2.1.1 Ámbito Supranacional	17
2.1.2 Ámbito Nacional	20

2.2 Bases Teóricas	22
2.3 Definición de Términos básicos	50
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	59
3.1 Tipo de Investigación	59
3.2 Diseño y esquema de la investigación	59
3.3 Población y muestra	60
3.4 Instrumentos de recolección de datos	60
3.5 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	62
CAPITULO IV. RESULTADOS	65
4.1 Resultados del trabajo de campo	65
CAPITULO V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	72
5.1 Contrastación de los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos de las bases teóricas.	72
5.2. Contrastación de Hipótesis	73
5.3 Aporte científico de la investigación	75
CONCLUSIONES.....	76
SUGERENCIAS	77
BIBLIOGRAFÍA.....	78

CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

La práctica de enfermería en el momento actual precisa estar basada en conocimientos cada vez más amplios, tanto de actitudes profesionales y aptitudes para prestar cuidados de enfermería de calidad encaminados hacia la satisfacción de necesidades básicas.

El estudio de la satisfacción respecto a la atención que se brinda, en los servicios hospitalarios del hospital Rebagliategui Martins, se ha convertido en un instrumento de valor creciente en la investigación en servicios sanitarios. El hecho de que los proveedores de estos servicios y algunos investigadores acepten que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y a la conducta del paciente, porque se ha venido incorporado como una medida de la mejora de la calidad.

La satisfacción de padres de pacientes post operados en la unidad de recuperación es algo inevitablemente subjetivo, debido a las diferencias educativas, sociales, económicas y lingüísticas entre los profesionales de la salud y los padres de los pacientes en la unidad de recuperación. Por lo tanto, la satisfacción como percepción de la calidad varía de unas personas a otras en función de sus conocimientos, valores y recursos individuales, además de la edad, sexo y algunos factores de morbilidad.

Medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería, según Donabedian (1), es uno de los indicadores de calidad de la satisfacción global del paciente durante su estancia en el hospital Medir la calidad de los cuidados

desde la perspectiva del paciente es un elemento importante en la evaluación de la calidad asistencial.

En el I área de Hospitalización las enfermeras refieren: “tengo mucho trabajo, no es un solo paciente, “tenemos alta demanda de pacientes y el factor tiempo es un problema”, “falta personal, somos muy pocos”, “dile al paciente que ya vas a atenderlo, que espere un momento...”, los pacientes refieren deficiencias en la relación enfermera-paciente”. Asimismo, los pacientes van presentando continuamente reclamos y quejas sobre disconformidad en el trato, poca accesibilidad a la información entre otros y estas lo presentan en diversas formas escritas, verbales en la plataforma de atención del Hospital.

Por ello los profesionales de enfermería necesitan valorar e identificar y evaluar el cuidado humanizado que se brindan a los pacientes hospitalizados, teniendo como base la teoría de Jean Watson basado en valores humanísticos, permitiendo fortalecer el cuidado en las instituciones asistenciales; para restaurar el arte cuidando-sanando, que constituye la base de la acción de Enfermería.

1.2. Formulación del problema

➤ Problema general

¿Cuáles son las dimensiones del cuidado de enfermería con las que el paciente pediátrico quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do “G” del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins se siente más satisfecho?

➤ Problemas específicos

1. ¿Cuál es el nivel de satisfacción en el cuidado de enfermería con los paciente quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do “G” del

Hospital Edgardo Rebagliategui Martins?

2. ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los padres de los pacientes de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins?

1.3. Objetivo General y objetivos específicos

➤ Objetivo General

Analizar la satisfacción en el cuidado de enfermería de los pacientes pediátrico quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins se siente más satisfecho.

➤ Objetivos específicos

- 1) Determinar el nivel de satisfacción en el cuidado de enfermería de los paciente quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins.
- 2) Establecer cuál es el nivel de satisfacción de los padres de los pacientes de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins.

1.4 Hipótesis y/o sistema de hipótesis

➤ Hipótesis General

Las dimensiones del cuidado de enfermería con las que el paciente quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins que recibe de parte de las enfermeras les hace sentir más satisfecho.

➤ **Hipótesis específicas**

- a) Las dimensiones del cuidado de enfermería con las que el paciente quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins recibe de parte de las enfermeras les hace sentir más satisfecho.
- b) El nivel de satisfacción de los padres de los pacientes de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliati Martins es relativamente alto.

1.5 Variables

Variable independiente

Cuidado de enfermería

Variable dependiente

Satisfacción del paciente quirúrgico

1.6. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Vi Dimensiones del cuidado de enfermería	El Cuidado educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Informaciones, a la enseñanza y a los programas de educación formal e informal
	El Cuidado profesional versus el común	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene tecnología y es especializado • Desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud
	El Cuidado como relación de ayuda	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de aproximarse • Expresa y comparte su conocimiento, sensibilidad y habilidad técnica, ayudando el otro a crecer
	El Cuidado afectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud del profesional
	El Cuidado humanizado	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador se muestra como un ser humano
Vd Satisfacción del paciente quirúrgico	Servicio brindado en la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G"	<ul style="list-style-type: none"> • Es el ideal • Cerca al ideal • No es el ideal
	Expectativa por el servicio brindado por la enfermera	<ul style="list-style-type: none"> • Trascendental • Medianamente trascendental • No trascendental
	Valoración del cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Malo
	Confianza durante el cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo
	Educación para la continuidad de los cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Buena • Regular

1.7 Justificación e importancia

La satisfacción de los padres de los pacientes pediátricos operados con respecto al cuidado de enfermería, es la opinión de los padres sobre el servicio brindado por el personal de enfermería durante el cuidado de enfermería en la unidad de recuperación. La satisfacción es una medida fundamental de la calidad del cuidado y es representada en este estudio por el juicio de los padres de los pacientes con respecto a los aspectos claves de la calidad de enfermería.

El cuidado de enfermería se fundamenta en las interacciones que establecen el paciente y el equipo de enfermería en diferentes escenarios; en este caso, en el "período de recuperación, donde se incluyen aspectos de: accesibilidad, trato personal, valoración técnica, capacidad de respuesta, etc.

La importancia del presente trabajo de investigación, radica en la mejora del cuidado de enfermería; a través de una buena relación entre enfermera y padre cuidador, como la comunicación, el entendimiento, la tranquilidad, la confianza y la seguridad durante la atención.

Por eso, surge la necesidad de mejorar la calidad del cuidado de enfermería, para poder planificar estrategias y establecer objetivos; lograr con efectividad la atención de enfermería en sala de recuperación, mediante el análisis de esta investigación la obtención de información son datos importantes para los procesos de mejora de la organización, como la información sobre el grado de satisfacción e Identificación de las dimensiones de mejora prioritarias.

1.8 Viabilidad

El tema de investigación es viable debido a la importancia que tiene el cuidado de la enfermería en los pacientes pediátricos quirúrgicos, debido a su condición física y psicológica, además se cuenta con amplia información con respecto al tema investigado.

1.9 Limitaciones

En la presente investigación las limitaciones fueron escasos debido a que la información relativamente es accesible, por lo que fueron manejable las limitaciones encontradas en el proceso.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Ámbito Supranacional

VELÁZQUEZ, R Y FLORES, M. (2) (2010) en España hizo un estudio sobre “Calidad asistencial percibida por los padres en una Unidad de Preescolares y Hemato-Oncología Pediátrica” con el Objetivo: Evaluar la calidad asistencial prestada en la Unidad de Preescolares y Hemato-Oncología pediátrica del Hospital Virgen Macarena, desde la perspectiva de los padres, y conocer su satisfacción con los cuidados de enfermería. Y la Metodología: Estudio descriptivo transversal.

Mediante un muestreo aleatorio sistemático se seleccionaron 138 padres. Se utilizó una encuesta que constaba de: registro de variables sociodemográficas y clínicas, 44 ítems que medían las dimensiones de calidad del modelo SERVQUAL, y un ítem para la satisfacción con los cuidados de enfermería. Los Resultados obtenidos fueron: En una escala del 0 al 4, las dimensiones de calidad del modelo SERVQUAL obtuvieron, las siguientes puntuaciones: seguridad 2,44 (DT=.43), empatía 2,49 (DT=.45), fiabilidad 3,43 (DT=.58), capacidad de respuesta 2,57 (DT= .45), y tangibilidad 2,63 (DT=.26). La satisfacción con los cuidados de enfermería, en una escala de 1 a 10, obtiene una media de 8,51 (DT= 1.31). Además, se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre la variable satisfacción y todas las dimensiones de calidad del modelo SERVQUAL, y se llegó a la conclusión: Los padres presentaron altos niveles de satisfacción con los cuidados de enfermería destacando la humanidad, amabilidad en el trato,

y la preparación de los profesionales. La información fue adecuada desde el ingreso al alta. No obstante, son necesarias modificaciones en el mobiliario para hacerles más comfortable la estancia.

ACOSTA, MS. y BURRONE, MJ (3). (2011) en Argentina realizaron un estudio sobre “Análisis de la Satisfacción del Usuario en Centros De Salud Del Primer Nivel De Atención en la Provincia De Córdoba” con el objetivo Identificar el nivel de satisfacción de los destinatarios de los centros de salud de la provincia de Córdoba. y el Método: Se implementó encuestas a los destinatarios de los centros de salud de la provincia de Córdoba indagando acerca de aspectos sociodemográficos, tipo de asistencia sanitaria, motivo de consulta, accesibilidad y opinión general de la atención recibida. Los Resultados obtenidos fueron: El acceso geográfico fue considerado aceptable por los encuestados al igual que el tiempo de espera y las condiciones edilicias. El desempeño profesional durante la atención, el vínculo establecido entre el profesional y el destinatario y el servicio brindado por el centro de salud fueron factores valorizados por los encuestados. En Conclusión, se llegó: El análisis de la satisfacción de los destinatarios de los centros de salud es importante para proporcionar información válida para generar respuestas oportunas y optimizar los recursos sanitarios.

MORENO M. María Guadalupe (4) (2000) en México hizo una investigación sobre “Satisfacción de las Madres con la Atención a sus Hijos Hospitalizados” con el objetivo: determinar los factores que se relacionan con la satisfacción de la madre con la atención que recibe su hijo

hospitalizado. La muestra fue de: 127 madres de niños hospitalizados en una institución pública de México. Y el Estudio fue descriptivo correlacional. Se utilizó el cuestionario de satisfacción del familiar pediátrico. El manejo del dolor fue un factor importante para la satisfacción de las madres participantes. La satisfacción de la madre con el servicio de hospitalización se asoció con la satisfacción con la atención de enfermería ($r= 0,458$; $p = 0,0001$).

La edad del hijo, el número de hospitalizaciones previas y la percepción de su estado de salud no fueron factores significativos para la satisfacción de las madres.

BURGOS Y SOMOZA (5) (2011) en San Salvador estudio realizado sobre “satisfacción y conocimiento de las madres y/o responsables de los neonatos sobre atención recibida en establecimientos de salud de la red pública en el periodo marzo de 2011” con el objetivo de : Obtener información sobre satisfacción de las madres o responsables de los neonatos que consultan en los diferentes establecimientos de salud de la red pública, de la atención recibida durante el parto e inscripción infantil, así como la calidad de atención recibida. Con el método es un estudio de opinión, descriptivo, cuantitativo, transversal. Se seleccionaron dos establecimientos de salud de cada una de las cinco regiones de salud, la muestra la constituyeron las madres de neonatos inscritos en el Programa de Atención Infantil durante marzo 2011. Los resultados obtenidos fueron: El total de madres participantes en el estudio fueron 135. Del total de madres que verificaron parto hospitalario, a un 73.1% se lo colocaron en el pecho y la motivaron a practicar la lactancia materna, al 13.6% les

explicaron realizar la limpieza del muñón con alcohol al 70%, un 37.5% expresó que la atención recibida en el hospital, en el momento del parto, fue excelente. En cuanto a la atención recibida en unidades de salud, el 48.9% llevo a inscribir a los niños en los primeros 7 días de vida, al 71.9% les refirieron a sus hijos para control odontológico, el 100% de madres manifestaron estar satisfechas con el trato recibido en las unidades de salud y el 98.5% refirieron satisfacción con la atención médica brindada, en conclusión: la atención neonatal en los establecimientos de salud es de calidad, y se evidencia el cumplimiento en la aplicación de la normativa por parte del personal de salud durante el proceso de atención, tanto en hospitales como en unidades de salud.

2.1.2 Ámbito Nacional

CUEVA, Z.M. (6) (2007) en Lima- Perú “Nivel de satisfacción acerca de la atención de enfermería en las madres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Salud del Niño” con el Objetivo: Determinar cuál es el nivel de satisfacción acerca de la atención de Enfermería en las madres de niños hospitalizados en el servicio de medicina del Instituto Nacional de Salud del Niño. Metodología: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo porque la variable fue medida y se obtuvo datos en escalas numéricas permitiendo un tratamiento estadístico, Resultados: Acerca del nivel de satisfacción; 30% tienen un nivel alto, 65% tienen un nivel medio y 5% tienen un nivel bajo. Conclusiones: El nivel de satisfacción de las madres sobre la atención de enfermería durante la hospitalización del niño es de medio a alto, pues representa el mayor porcentaje, lo que repercute en la calidad de atención del niño.

DÁVILA, R. Y TITO, M. (7) (2007) En Lima-Perú realizaron estudios sobre “Satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa de pediatría del hospital Guillermo Almenara Irigoyen” con el objetivo: determinar el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de consulta externa de pediatría del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. La metodología utilizada fue: el estudio es transversal descriptivo para lo cual se empleó como instrumento un cuestionario de satisfacción, el mismo que fue administrado a las madres que acudieron en búsqueda de atención para sus hijos en los consultorios externos de pediatría. Los resultados obtenidos fueron: 69% conoce el nombre del pediatra y en un 47% conocen el nombre del enfermero o enfermera. El 75% manifiesta que el tiempo de atención es correcto, el 67% indica que el personal casi siempre fue amable y el 68% que casi siempre el personal se interesó por prestarle ayuda. En cuanto a las condiciones físicas en un promedio mayor al 70% las madres percibieron que era como lo esperaban. Conclusión: en general el servicio de pediatría es recomendable desde el punto de vista de la experiencia de satisfacción de las madres encuestadas en una puntuación media de 7 en la escala de 0 a 10, debiendo mejorar la rapidez en el tiempo de espera, puntualidad en la atención y optimizar el trato amable en todo el proceso de atención.

ESPINOZA Y MONTERO (8) (2009) en Chimbote realizaron un estudio sobre “satisfacción de la madre a la consejería de enfermería sobre lactancia materna Piura “con el objetivo determinar el nivel de satisfacción

de la madre a la consejería de enfermería sobre lactancia materna en la ciudad de Piura.

El método utilizado fue el descriptivo, la población estuvo conformada por 59 madres que brindan lactancia materna y que asisten al servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Santa Julia, la muestra se obtuvo mediante un muestreo probabilístico la cual dio como resultado 133 madres a quienes se les aplico el instrumento. La técnica para la recolección de datos fue la entrevista y el instrumento fue la escala de satisfacción de la madre a la consejería de enfermería sobre lactancia materna, llegándose a las siguientes conclusiones: La mayoría de las madres en estudio se encuentran satisfechas con la consejería de enfermería sobre lactancia materna en las dimensiones: biológica, emocional y social, y poco satisfechas con la consejería de enfermería sobre lactancia materna en la dimensión espiritual.

2.2 Bases Teóricas

A continuación, se presenta el marco teórico que dio sustento a los hallazgos:

a. ASPECTOS TEÓRICOS – CONCEPTUALES SOBRE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA:

a.1 Cuidado de Enfermería:

La enfermería desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no se contemplaba el conocimiento científico de la profesión.

Los primeros escritos sobre el cuidado de enfermería como base de la enfermería profesional, aparecen en el siglo XIX, en el año 1852 con el trabajo de Florence Nightingale "Notas de Enfermería" en donde se refería a las técnicas para brindar a los enfermos comodidad, higiene y alimentación. Para la autora el cuidado era un arte y una ciencia que exigía una formación formal y el papel de la enfermera era colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza interviniera sobre él.

Es importante resaltar que la salud en el siglo XIX se caracterizó por la necesidad de mejorar la limpieza y controlar las enfermedades infecciosas, lo que ayudo a Florence a percibir la influencia de la naturaleza y la importancia del medio ambiente.

En el siglo XX, durante las décadas treinta y cuarenta, Virginia Henderson desarrollo una propuesta cuyo fin era definir la función de enfermería. Posteriormente en una publicación sobre el plan de cuidado de enfermería, reconoce que desde los años veinte varias enfermeras elaboraban bosquejos para la elaboración de los planes de cuidado. En esta época la salud era definida como la ausencia de enfermedad y por ende el cuidado se orientaba hacia la resolución de problemas. Hacia la mitad del siglo, el concepto de cuidado se amplia, considerando el contexto para comprender y explicar la situación de salud individual y colectiva y el cuidado se enfoca hacia contribuir en la recuperación de la salud, prevenir la enfermedad y promover el mantenimiento de la salud .. De esta forma el cuidado se brinda a partir de la identificación de la necesidad de ayuda teniendo en cuenta la percepción e integridad de la persona.

Algunas investigaciones realizadas por la Universidad de Washington en los años cincuenta aportaron los fundamentos para diseñar los primeros "Planes de Cuidado", cuyas bases eran principios científicos.

En los años Sesenta en América del Norte, como respuesta a las exigencias que planteaba el sistema de salud, surgió la preocupación por construir "Modelos de Enfermería" y por desarrollar un método a partir del "Proceso 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 (9)

En nuestra sociedad contemporánea se siente cada día más la necesidad de humanizar el cuidado al paciente a fin de sensibilizar al profesional de la salud ante los problemas psicosociales que el paciente trae cuando está enfermo; además es preciso reflexionar que en nuestra actualidad, la ciencia y la tecnología están avanzando, y se están dejando de lado la actitud humanitaria en los profesionales de salud. La enfermera debe comprender su labor principal que es diagnosticar las reacciones humanas, esto incluye brindar una atención en forma cálida, respetando los valores éticos del paciente. El respeto por la persona humana, actitudes

de amabilidad, empatía, interés por sus necesidades afectivas, paciencia y comunicación adecuada durante la relación enfermera-paciente. Debe existir entre los profesionales de enfermería y el paciente una verdadera amistad, que convierta a la enfermera en un ser humano, perito en la ciencia y el arte de cuidar. (10)

El caso de la percepción de los usuarios es importante, porque actualmente la atención sanitaria está poniendo un énfasis enorme en la satisfacción del usuario. Lo que experimenten en sus interacciones, y lo que crean de esa experiencia, determinará que los pacientes tengan una mejor predisposición a seguir las recomendaciones y planes terapéuticos, y por ende logren la fidelización no solo institucional sino del cuidado. El hecho de saber quiénes son sus pacientes ayudará a la enfermera a escoger los planteamientos de cuidados más adecuados para las necesidades de aquellos. (11)

Existen autores que han definido enfermería, desde diversos puntos, como Virginia Henderson quien sostiene que: La enfermería tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible. (12)

Henderson se apoyó mucho en los postulados de *Florence Nightingale* e incorporó en su teoría principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planteó diversos criterios acerca de persona, salud, entorno y necesidad (13).

Consideró fundamental a la persona, como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

Define salud como, la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

Acerca del entorno, nos dice que es el ambiente en que el individuo desarrolla su actividad (hogar, trabajo, escuela, hospital). Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto, las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

También define necesidad como un requisito necesario para la vida. Ya que las necesidades están relacionadas entre sí y cuando se alteran puede afectar a todo el individuo. Cada persona cubre las necesidades en función de sus valores, motivaciones, cultura, edad, circunstancias, etc. La familia e individuo interactúan en la estructura que influye en la salud de todos y cada uno de los miembros del núcleo familiar. Ambos (individuo y familia) están inmersos en una estructura social que influye en su salud” (11).

A continuación mencionarnos las 14 componentes de los cuidados de enfermería, que orientan en la valoración, diagnóstico,

planeamiento, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería.

Estos son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
6. Poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir según valores y creencias.
12. Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
13. Jugar y participar en actividades recreativas.
14. Aprender y descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

Esta teoría es muy conocida y aceptada, y es útil a las enfermeras para tener una visión global de las necesidades del paciente y facilitarle la identificación de las mismas, y así dar atención que se requiere. Las necesidades de Virginia Henderson, están relacionadas con las de Abraham Maslow, quien dice que existe una complementación entre necesidades inferiores y superiores, para una salud óptima. (11)

a.2 Dimensiones del ser humano:

El ser humano se concibe como un ser global, integrado por componentes biológicos y psicológicos, en interacción constante con el entorno en el cual está inmerso. Se entiende por entorno todo aquello que rodea a la persona, incluyendo tanto aspectos físicos – ambientales como familiares, culturales, políticos y económicos.

La comprensión del ser humano como un ser global (bio –psico- social) implica la existencia de una relación de dependencia e influencia mutua entre las distintas partes o componentes de la persona, de forma tal que el status de cada una de ellas depende de las restantes, y la alteración de cualquiera de ellas puede provocar alteraciones en las otras. De ello se deduce la importancia no solo de los aspectos físicos o biológicos, sino también de los aspectos psico – sociales en el funcionamiento normal de la persona.

Por otro lado, la comprensión psicosocial del ser humano implica la aceptación de que el hombre es un ser individual pero también un ser social, inmerso en una determinada cultura y en unas determinadas estructuras políticas, económicas y sociales que le llevan a establecer relaciones consigo mismo y con los demás. En este sentido se concibe a la persona como un ser “relacional”, que establece interacciones continuas con su entorno. (11)

a.2.1 Dimensión física:

El hombre es un ser complejo en su estructura anatómica, la cual está constituida por un conjunto de órganos que cumplen funciones vitales tales

como la respiración, digestión, la actividad cardíaca, entre otras. Debido a su buen o mal funcionamiento, se califica el estado de bienestar físico de la persona. Aparentemente esta parte, la física, es la más conocida por el ser humano; sin embargo, es al mismo tiempo la más ignorada porque se actúa sin tener en cuenta las consecuencias del mal funcionamiento de la misma.

Nuestro cuerpo físico está sujeto a las leyes de la Naturaleza como cualquier otra vida, sea vegetal o animal. Sin embargo demasiado a menudo se quieren ignorar esas leyes y luego uno se sorprende de no estar tan bien como desearía. Las listas pueden variar ligeramente según los libros que consultemos, pero a título de ejemplo

podríamos citar seis puntos importantes:

- **La alimentación:** Los alimentos más naturales, fáciles a digerir, ricos en vitaminas, equilibrados en cuanto a las proporciones requeridas de hidratos de carbono, grasas y proteínas, comidos en cantidades y horarios razonables, darán como resultado una mejor salud. Lo contrario dará así mismo el resultado contrario.
- **El agua:** La mejor bebida fabricada no puede compararse a un vaso de agua fresca. A veces podemos despreciar el agua porque desde nuestro punto de vista materialista el agua es actualmente la bebida más económica, y se tiene la idea que las cosas valen según lo que cuestan. El agua juega también un papel importante en muchos tratamientos naturales, es lo que conocemos como Hidroterapia.

- **El sol:** Un antiguo proverbio dice: “Donde entra el sol no entra el médico”, diciendo con ello que el sol lleva consigo la salud. Hablando sólo de una de las cualidades del sol, recordemos que es indispensable para la asimilación de la vitamina D cuya carencia produce el raquitismo en los niños. Desgraciadamente en nuestra época, con el problema de la destrucción de la capa de ozono, el sol puede llegar a ser muy peligroso porque la falta de esta capa hace que no se filtren los rayos que pueden producir cáncer de piel. Por ello hoy se desaconseja tomar el sol en la playa, especialmente en las horas en que éste incide más directamente sobre la tierra.
- **El reposo:** A lo largo de todo el día nuestro cuerpo no se para ni un segundo: la sangre circula, el corazón bombea entre 60 a 120 veces por minuto, mientras que los pulmones reciben el oxígeno y expelen el anhídrido carbónico a una velocidad de 16 veces por minuto. Todas estas funciones y otras que nosotros no controlamos, no pueden pararse completamente, sin embargo, durante el reposo, y especialmente durante las horas de sueño, esas funciones se ralentizan, al mismo tiempo que paramos todas las actividades voluntarias. De esta forma nosotros recargamos nuestras baterías para volver a ponerlas en funcionamiento al día siguiente.
- **El ejercicio:** El ejercicio equilibrado, de acuerdo con la edad y las posibilidades de cada uno. De todos los ejercicios el más completo es caminar, y éste no tiene ninguna contraindicación. Caminar media hora a un paso un poco acelerado nos ayuda en la reposición de calcio en los huesos, algo muy importante especialmente en la época de la menopausia para las señoras (quizá, hará falta acompañarlo de alguna medicación o

mayor toma de productos ricos en calcio), y también oxigena todas las células de nuestro organismo.

El correcto funcionamiento de nuestro cuerpo y nuestra salud, puede mejorarse en un grado sorprendente si contemplamos y practicamos correctamente estos cinco aspectos mencionados y que juntos constituyen uno de los pilares sobre los que se fundamenta nuestra salud (11).

a.2.2 Dimensión psicológica:

La esfera psicológica se identifica con el afecto, autoestima, egoísmo y conocimiento.

-Sentirse valorado: surge de la forma en que consideramos somos amados por las personas importantes en nuestras vidas y el grado de aprobación que recibimos de ellas.

-Sentirse capaz de hacer: Capacidad que asumimos tener, para llevar a cabo tareas que consideramos importantes.

-Sentirse virtuoso: Entendida como nuestra capacidad de adhesión a las normas éticas y morales.

-Sentirse con poder: Dimensionando como la capacidad que poseemos para influir en nosotros mismos y en los otros.

El concepto que tengamos de nosotros mismos es el concepto que tendrán los demás y es la clave para el éxito y la felicidad (11).

a.2.3 Dimensión Social:

La esfera social da origen a los procesos de comunicación, afiliados, estatus, poder y recreación permitiendo su trascendencia y autoconfiguración como ser humano.

Consiste en la capacidad del hombre de poder socializar con el medio que lo rodea. Autenticidad, espontaneidad, honestidad, respeto, confianza son valores que definen a la persona en la sociedad. Se refiere a la habilidad de interaccionar bien con la gente y el ambiente, habiendo satisfecho las relaciones interpersonales. Puede considerarse como "gracias" o destrezas sociales o una perspicacia social. Aquellos que poseen un apropiado bienestar social pueden integrarse efectivamente en su medio social. Se caracteriza por buenas relaciones con otros, una cultura colaboradora y adaptaciones exitosas en el ambiente. (14)

En el marco de la enfermería, la relación enfermera – paciente es un tipo de sistema interpersonal que se define como un proceso de interacción humana entre enfermera y paciente, en el cual cada uno percibe al otro y a la situación, y a través de la comunicación identifican problemas, fijan objetivos, exploran los medios y se ponen de acuerdo para alcanzar los objetivo propuestos. La relación enfermera – paciente es, pues, un proceso de acción –reacción -interacción- transacción (15)

b. DIMENSIONES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El conjunto de las transcripciones de los discursos formó el cuerpo del texto. Esa construcción gradual (discurso después de discurso) permitió que surgiese una codificación parcial, creciente. También los registros de las observaciones fueron incorporados en la construcción del cuerpo del texto, seguida del análisis de los datos. El significado oculto fue tematizado y comprendido, generando subtemas y temas del discurso producido en

aquel momento existencial, de aquella realidad experimentada por el sujeto de la investigación. Así, el análisis estructural permitió revelar los subtemas y los temas, obtenidos a través de las convergencias, obteniéndose un total de diecisiete categorías o dimensiones del cuidado, conforme se presentan a continuación.

El Cuidar de sí

“El conocimiento complejo exige de nosotros que nos coloquemos en la situación, nos comprendamos en la comprensión y nos conozcamos al conocernos” (16). El cuidar de sí pasa por el diálogo consigo mismo y por el diálogo con los otros. El despertar para el autoconocimiento y el cuidar de sí es parte del proceso de aprender a cuidar. Pienso que solamente se transmite tranquilidad, atención, calor humano a las personas bajo nuestros cuidados, si antes hubiésemos resuelto esos conflictos, cuidando de nosotros mismos. Al experimentar el autocuidado/o cuidar de sí, se da oportunidad a la auto reflexión, a la manifestación de las emociones, a la absorción de vivencias que se traducen en conocimiento, la auto percepción como sujeto, cuya subjetividad y sensibilidad están puestos en acción. (16)

El Cuidado como valor individual

Valor es todo lo que, en una determina condición, contribuye para el desarrollo y la mejoría de los componentes esenciales de la condición humana, en la convivencia social. Los valores humanos tienen identificaciones personales, individuales, sin embargo, también tienen expresión en la convivencia social. Los valores individuales se suman a los de la clase profesional, como: amor, honestidad, espiritualidad, gusto,

alegría, placer en hacer y mejoramiento constante, que son importantes en el establecimiento de la actual visión de cuidado. El cuidado humano está embutido en valores que priorizan la paz, la fraternidad, la religiosidad, la individualidad, el respeto y el amor (17)

En ese sentido, el cuidado proporciona a las personas la sensación de armonía con ellas mismas y con el medio, prestando cuidados no solamente al físico como también demostrando afecto, simpatía, atención y respeto por todo lo que rodea a la subjetividad del otro. A través de las relaciones del cuidado, los sentimientos de fe y de creencia son colocados en evidencia. Practicar y mantener un sistema de creencias, de fe y de esperanza se presenta como un factor del cuidado

El Cuidado profesional versus el común

Se encuentra, en los discursos de los participantes, varias referencias de cuidado profesional distinguiéndolo del cuidado común. El cuidado profesional tiene tecnología y es más especializado. El cuidado común es practicado por la familia con cariño, confort, atención, dedicación, afecto. Cuidado profesional es el cuidado desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud. Los profesionales tuvieron preparación técnica formal y adquirieron una visión profesional de la salud, enfermedad y del cuidado. El cuidado común comprende actitudes, técnicas y procesos desarrollados según valores culturales, ayudando a las personas a cuidarse en situaciones de salud y de enfermedad. El cuidado profesional y el cuidado común suceden en los seres, a partir de él, para ellos, a través de ellos,

coexistiendo en la naturaleza y en la estructura de la organización de la vida de los seres, en sus varios dominios, biológicos, antropológicos, psicológicos, sociológicos y otros. (16)

El Cuidado como relación de ayuda

Se colocó en evidencia en los discursos el cuidado como una forma de estar con el otro, estableciendo, así, una relación de ayuda y de confianza: Cuidado es ayudar a otra persona a mejorar, para después poder cuidar de sí. El estar con el otro, en el cuidado como relación de ayuda, requiere aproximación. Así, para que exista relación de cuidado, el profesional necesita desarrollar la capacidad de aproximarse, observando al ser cuidado en todas las dimensiones, percibiendo las situaciones en una relación de respeto y confianza. En esa relación, expresa y comparte su conocimiento, sensibilidad y habilidad técnica, ayudando el otro a crecer. El otro compartirá su ser, sus rituales y sus características personales, que movilizan el sistema del cuidado. (16)

El Cuidado afectivo

El cuidado afectivo está presente en las actitudes de los profesionales de la salud en varios tipos de sentimientos, en sus relaciones de cuidado vividas en la UTI. Descubriendo sentimientos positivos y negativos en lo cotidiano se obtiene informaciones sobre el ser humano que es cuidado. El comprender los significados de esas expresiones y sentimientos de las personas, presentes en las sus acciones, es un proceso complejo y necesario, para facilitar la aproximación y la relación con los seres cuidados. El estar presente y experimentar una auténtica relación afectiva y empática, no se configura apenas como un vaivén para permitir el avanzar

y retroceder de las percepciones y sentimientos y si provocar “rompimientos”, y “aterrizar en otros espacios”; esperar insights no solamente del conocimiento de las situaciones, más bien tratar de entender lo que puede tener de diferente, del cual pueden surgir formas ambiguas, intuitivas y creativas del pensar/actuar (16).

El Cuidado humanizado

Los profesionales de la salud/enfermería vienen constituyendo una profesión humanística, enfocada en la atención en el cuidado del ser humano con un toque afectivo. El cuidado debe ser así, de ser humano para ser humano, entonces es humanizado, ¿verdad? Yo fui cuidado como un ser humano; existía confianza, seguridad, respeto, ¿sabe? (18C). En la humanización del cuidado, el cuidador se muestra como un ser humano que respeta y valoriza el ser cuidado en su existencia, comprendiéndolo como un ser que tiene sus propias vivencias y experiencias y que esas acompañan su existir. El toque afectivo es esencial cuando se transforma en una actitud, por la mano que establece la relación. Tocar representa el propio cuidado, la sensibilidad y la solidaridad del profesional. El toque se revela como actitud humanística, fortaleciendo el vínculo y proporcionando el encuentro entre cuidador y ser cuidado. (16)

El Cuidado como acto, actitud

El cuidado es visto como una acción, una idea de movimiento, de realización de una actividad, de actuar junto a un agente, de ejecutar algo para con el otro ser, de actuar en beneficio de la salud del otro. Cuidado es el conjunto de actitudes del profesional, para prestar una atención al paciente grave y a su familia a fin de mantener las condiciones de vida de

este. El cuidado es un acto de familiarización, de comprensión, de demostración de habilidades técnicas y de sentimientos propios de cada cuidador que experimenta el proceso de cuidar. Ese proceso es cíclico, de relaciones y organización del cuidado por actitudes como: estar con, tomar cuenta de, auxiliar a hacer, orientar y educar. (16)

El Cuidado como práctica asistencial

Esa dimensión incluye la realización de procedimientos técnicos y se refiere, también, al compromiso y responsabilidad entre los participantes en la relación del cuidado. Son las actividades de asistencia y de apoyo para un miembro de la familia o para el cliente, a fin de recuperar su salud. El cuidado como práctica asistencial incluye la ejecución de procedimientos técnicos y el dar apoyo al cliente en su integralidad como ser complejo, orientado por los diez factores de cuidado de Watson. Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad del enfermero.

El Cuidado educativo

El cuidado educativo se refiere a las informaciones, a la enseñanza y a los programas de educación formal e informal. Es un resorte propulsor de la búsqueda de conocimientos para la evolución de la sociedad; no se puede dissociar el cuidado de la educación. El cuidado educativo es el ejercicio del pensamiento crítico, del espíritu de ciudadanía y la continua búsqueda por nuevos horizontes. Cuidado es tener conocimiento, es conocer las acciones de la salud desarrolladas. La práctica educativa potencializa al equipo de enfermería para practicar un cuidado más auténtico.

El reeducar a sí propio significa salir de una minoría; significa que los cuidadores sienten la necesidad del problema y van a ayudar a otros seres a cambiar. (16)

El Cuidado como relación dialógica

En los sistemas de cuidados, las relaciones humanas se construyen mediante el encuentro del ser cuidado y del cuidador, que se expresa por una relación de diálogo. Esa relación se pone en evidencia cuando el cuidador al dirigirse para el ser cuidado con reciprocidad y cariño consigue concebir y ser concebido como ser humano. [...] cuando estoy en un procedimiento, yo voy conversando, no solamente aquella cosa mecánica, cuando existe una comunicación verbal yo pienso que el paciente se siente más seguro. Los diálogos revelan que la relación dialógica se concretiza a partir de la intención del cuidador en ser auténtico, estar presente y ser capaz de sentir un mundo subjetivo de cuidado con el otro. Al despertar para el cuidar repleto de sensibilidad, el cuidador siente ese momento completamente, valorizando los aspectos técnicos científicos y esencialmente el ser humano, promoviendo el encuentro del cuidado. Ese encuentro dialógico es fruto de la comprensión de la expresividad del otro, de forma amorosa y respetuosa, percibiendo los sentimientos y emociones del ser cuidado, respetando su modo de ser y estar en el mundo. (16)

El Cuidado aliado a la tecnología

Este se pone en evidencia como algo valorizado en la medida cierta. La tecnología es una forma de facilitar el cuidado al cliente, a veces, imprescindible para mantener una vida, sin embargo, se busca evitar una mayor preocupación con el equipamiento de que con el cliente, ya que el

cuidar no se limita a la tecnología. [...] la evolución de la tecnología necesita realizarse, sin embargo, necesitamos tener principios para su utilización, es imposible pensar en la asistencia a los pacientes graves sin el soporte tecnológico, este facilita nuestra actuación y mantienen la vida del paciente en muchos casos. La tecnología, como parte del cuidado de los seres humanos, fue creada por el ser humano, en su beneficio, sin pretender que supere la dimensión de la esencia de ese ser. (16)

El Cuidado amoroso

Se aprende el cuidado como acto de amor, como un intercambio entre cuidador y ser cuidado, en que ambos comparten el amor para alcanzar resultados bien sucedidos. Existen muchas personas aquí que vemos que trabajan por amor, porque existe la atención, la sonrisa (2F). El amor como dimensión del cuidado actúa como elemento facilitador, energético, de nutrición y ternura que engrandece el cuidado. A través del desarrollo de los propios sentimientos, se puede realmente interactuar de modo sensible con otra persona. En las relaciones de cuidado se puede trascender el mundo físico y material y entrar en contacto con el mundo subjetivo del individuo. El cuidado amoroso implica en compartir, en tener actitudes en relación al otro de sensibilidad, confianza, comunicación, comprensión, empatía, comprometimiento, visión del otro como único, percepción de su existencia, aceptación, respeto, receptividad, competencia, toque, sonrisa, comprometimiento, momentos de encuentro, presencia y otros. (16)

El Cuidado interactivo

El cuidado en la salud es un proceso de interacciones y asociaciones entre los seres, siendo parte organizadora del sistema de la salud, parte organizadora de los sistemas de cuidados, organizándose conjuntamente con los demás sistemas sociales. Son uniones, informaciones y conexiones en un cuidado interactivo o relacional, indicadas a través del siguiente relato. El cuidado es un proceso de interacción entre los profesionales, el paciente y los familiares, donde se viven situaciones de inestabilidad, con la finalidad de restablecer la salud de esa persona. El cuidado interactivo se establece a partir de fuerzas internas, o sea, por el intercambio entre el mundo interior y exterior del ser cuidador y del ser cuidado, de manera subjetiva y de modos y momentos únicos y con personas diferentes, por eso son genuinas. (16)

El No cuidado

Aparece, subentendido en el diálogo con algunos profesionales de la salud, sería como no le gustaría ser cuidado. El no cuidado es utilizarse de artificios para no aproximarse mucho del ser cuidado, realizando un cuidado con prisa, manteniéndose a distancia de las personas. En esas circunstancias, los clientes y familiares se sienten inhibidos para expresarse o solicitar ayuda. Ciertas expresiones utilizadas pueden parecer esquivas o formas de no cuidado: estoy con prisa, no tengo mucho tiempo, sea rápido, entre otras, limitando el espacio y la aproximación, distanciando el ser cuidado del profesional. No cuidar es realizar las actividades con prisa y distracción. El ampliar la comprensión del cuidado, a fin de perfeccionar

la relación con el ser cuidado, debe representar una preocupación importante para los profesionales de la salud (16).

El Cuidado como esencia de la vida y de la profesión

El cuidado se muestra como un valor esencial a la vida de las personas. El cuidado es la esencia, el ideal moral de la enfermería, cuya finalidad es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. El cuidado profesional es la esencia de la Enfermería, y comprende acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada (7P). El cuidado, entendido como un ideal moral de la enfermería, representa un conjunto de esfuerzos transpersonales dirigidos al ser cuidado para auxiliarlo a obtener autoconocimiento y autocontrol, promoviendo y preservando su existencia. Y el cuidado como esencia de la profesión es el comprometimiento y el compromiso del profesional en cuidar para dar sentido a la vida. Esa esencia del cuidado es el ser y el hacer son el diferencial en la relación del cuidado. (16)

El Ambiente del cuidado

Clientes y familiares consideran el ambiente hostil, se sienten inseguros y con miedo, por la diferencia entre el ambiente hospitalario y el ambiente de procedencia del cliente/familiares. La UTI, para el cliente, es poco cómoda e impersonal; él, percibe la estandarización impuesta por la institución, que no considera las individualidades. Es una estructura física bien equipada, con recursos tecnológicos modernos que, sin embargo, eventualmente puede pasar al cliente frialdad e indiferencia como forma de ser cuidado.

De allá poca cosa recordamos. Sé que pasamos mucha sed, los labios secos, no podemos hablar, tenemos que quedarnos quietos, no tiene

contacto con nadie, asusta. Aluden que el ser que cuida también sufre influencias del ambiente, lo que influye en el proceso de cuidar. El ser que cuida necesita de ambiente de confort y agradable, ya que es ahí que mantiene la interacción para el desempeño de sus atribuciones. La promoción de un ambiente de apoyo, de protección biofísica, psicofísica, psicosocial y/o interpersonal es uno de los requisitos para el cuidado. La interdependencia existente entre los ambientes internos y externos de la persona, influyen en el estado de la salud y de la enfermedad (10). Existe entre el ambiente y el ser humano un proceso de interacción constante que puede facilitar, crear o impedir la relación de cuidado entre los seres humanos.

Sintiendo/finalidad del cuidado

Surge como finalidad esencial del proceso de cuidar, la mejoría clínica del ser cuidado, su recuperación, o sea, el cuidado es una forma de restablecer la salud del ser cuidado, ayudar al otro a crecer y a realizarse, a morir mejor, contribuyendo para la calidad del proceso de ser y vivir de los seres humanos. El gran resultado es la mejoría del paciente o ver por lo menos que él está bien, que tú puedes hacer alguna cosa para la mejoría de él (16 F). El cuidado tiene como foco las necesidades y deseos de los seres humanos participantes en la relación de cuidado. La salud/enfermedad contiene los movimientos del vivir en los límites de las sensaciones, confort y falta de confort, con la esperanza de nuevos momentos, en la posibilidad de estar en una situación y de prepararse para la otra. La salud está en el sistema de organización del cuidado donde lo saludable es el vivir los altos y bajos, en un vaivén de alegrías y tristezas, en la armonía del conflicto, regulada por el límite de la intersección de la muerte y de la vida (16)

c. GENERALIDADES SOBRE ACTITUDES:

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones, creencias, o valores; los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto.

b.1 Formación de las actitudes:

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. (18)

- *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.
- *Teoría de la disonancia cognitiva:* esta teoría se creó en 1962 por León Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que

nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes.

b.2 Componentes:

Como ya se ha indicado, la condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa. Sin embargo, existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo.

"La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud" (19)

- **Componentes Cognitivos** incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.
- **Componentes Afectivos** son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se

evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado...).

- **Componentes Conativos o Conductuales**, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza. Frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí y están íntimamente relacionados; "... la interrelación entre estas dimensiones: los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente (20)

En este orden de ideas y aceptando las actitudes como expresión de valores, Bolívar (20) nos presenta dos modos principales de entender la relación entre ellos:

- Los valores ocupan el lugar más alto y abstracto en la estructura cognitiva, por lo cual las actitudes son dependientes de los valores o representan un componente de ellos

- Los valores son un componente de las actitudes; así las actitudes se constituyen en una predisposición a valorar y actuar de determinada manera y los valores se identifican con la "valoración individual/subjetiva" que realiza cada persona.

Cualquiera que sea la posición de subordinación que adoptemos, es evidente la estrecha relación que existe entre valores y actitudes; relación que cobra importancia en el campo educativo dada su repercusión social. Igualmente, es claro que las actitudes están altamente ligadas al mundo de los valores que surgen de la dinámica relacional entre el individuo y el objeto de la actitud. Es así, como pueden ser agrupadas según los valores que las definan; si el objeto de la actitud representa un valor para el individuo, la potenciación de actitudes positivas hacia él será más fácil de alcanzar; si por el contrario, no representa un valor o es un antivalor resultaría interesante considerar la naturaleza del mismo para determinar cuál sería el tratamiento adecuado; el fomento de la actitud positiva o negativa hacia él. Finalmente, aparece la consideración de la conducta como un nivel más de concreción en la relación valores-actitudes, pues "Los valores en la conducta humana se configuran en actitudes" (20)

c. GENERALIDADES SOBRE OPINIÓN:

La opinión es un juicio que se forma sobre algo cuestionable, es decir, también es el concepto que se tiene respecto a algo o alguien.

La opinión de todas maneras, suele asociarse a los juicios subjetivos. Por ejemplo, decir una frase "Este es el mejor coche de la actualidad" es una opinión debido a que depende de la subjetividad de la persona. (20)

d. ENFERMERÍA Y LA ÉTICA:

Como las enfermeras tratan con los acontecimientos humanos más fundamentales (nacimiento, muerte y sufrimiento) se encuentran con muchos temas éticos en torno a estas áreas. Las enfermeras han de decidir cómo debería ser su actuación moral en estas situaciones, y, a causa del carácter especial de la relación enfermera – cliente, tienen que apoyar y ayudar a éstos y sus familias frente a opciones morales difíciles. Las enfermeras pueden mejorar su propia toma de decisiones pensando de antemano en sus creencias y valores y el tipo de problemas a los que pudieran enfrentarse en la atención a sus clientes. La ética de enfermería trata sobre los aspectos éticos que aparecen en la práctica de enfermería.

Watson (Citado por Hinostroza (21) esbozó cuatro valores importantes de la enfermería:

1. Compromiso firme con el servicio: La enfermería es un servicio humanístico de ayuda. Al ser responsables de evaluar y promover la salud, las enfermeras deben valorar la calidad de los cuidados tanto como su contribución a la salud y el bienestar de las personas.
2. Creencias en la dignidad y el valor de cada persona: Este valor significa que la enfermera actúa en el mejor interés del cliente, independientemente de nacionalidad, raza, credo, color, edad, sexo, política, clase social o estado de salud.
3. Compromiso con la educación: Esto refleja el valor social de aprendizaje a lo largo de toda la vida. En enfermería, se necesita una educación continuada para mantener y desarrollar el nivel de

competencia de la enfermera e incrementar el conjunto de los conocimientos profesionales.

4. Autonomía: Las enfermeras necesitan hacerse más asertivas a la hora de promover la atención de enfermería y desarrollar su capacidad para asumir funciones independientes. (21)

Las enfermeras son responsables de una conducta ética. En 1991 la Asociación Americana de Enfermeras, publicó los Estándares de la Práctica de Enfermería Clínica, en los que el número V se refiere a la ética. Por consiguiente, las enfermeras tienen que comprender sus propios valores en relación con sus asuntos morales y emplear el razonamiento ético para determinar y explicar su postura moral. Las enfermeras son a veces conscientes de un aspecto ético, pero también necesitan principios morales y habilidades de razonamiento para explicar su postura. De lo contrario pueden aportar respuestas emocionales que, a menudo, no son útiles. (22)

e. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

El ministerio de salud ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales para el periodo 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud, correspondiente al 6to lineamiento de política del sector salud. El MAIS constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones para satisfacer las necesidades de las personas, familias y comunidades de una manera integral (23)

Si bien el cuidado integral de enfermería es el servicio que la enfermera (o) brinda a las personas en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los procesos de salud enfermedad, implementado el método científico a través del proceso de atención de enfermería que garantiza la calidad del cuidado profesional, ello no descarta que uno de los aspectos más importantes del cuidado es la interrelación terapéutica basada en el diálogo, en la comunicación asertiva y en una actitud positiva o favorable que se traduzca en un lenguaje corporal adecuado, motivador, generador de confianza en el paciente (24).

Estos aspectos se establecen legalmente en el código de ética y deontología profesional que precisa: Artículo 1º.- La Enfermera(o) brinda cuidados de enfermería respetando la dignidad humana y la particularidad de la persona, sin distinción de índole personal, social, cultural, económico, político o de naturaleza de los problemas de salud.

Artículo 2º.- La Enfermera(o) debe respetar los valores, usos, hábitos, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad; siempre que estos no pongan en riesgo su salud, considerando los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Artículo 3º.- El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en los problemas del usuario y en los valores y principios fundamentales de: respeto, equidad, fraternidad, solidaridad y justicia.

Artículo 4º.- Es deber de la Enfermera(o) brindar atención eminentemente humana, oportuna, continua y segura, considerando la individualidad de la persona a quien cuida.

Artículo 5º.- La Enfermera(o) debe interactuar en todo momento con empatía e identificación con la persona a quien brinda el cuidado. (28)

2.3 Definición de Términos básicos

- **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 lickert modificada.
- **Opinión:** Es el juicio que emite el paciente acerca de las actitudes que tienen las enfermeras hacia el cuidado que les brindan durante la hospitalización.
- **Enfermera:** Profesional que labora en el servicio de medicina del HNDAC y que se encarga del cuidado del paciente hospitalizado.
- **Percepción del Familiar** - Es la opinión que refiere tener el familiar del paciente pediátrico acerca del cuidado humanizado que brinda la enfermera en las dimensiones, técnica, interpersonal y confort, que realiza la enfermera.
- **Familiar del Paciente Pediátrico-** Son los padres, responsables del cuidado del niño enfermo y quien permanece junto a él durante su

atención en el servicio de cirugía. Tomando de referencia a un solo familiar del niño atendido.

- **Cuidado Humanizado de atención de Enfermería-** Conjunto de actividades que realiza la enfermera pediátrica utilizando sus conocimientos científicos, tecnológicos y humanístico en la atención del niño y su familia en el servicio de emergencia y que se puede evaluar mediante tres dimensiones: técnica, interpersonal y confort.

2.4 Bases epistemológicas

Para llevar a cabo el cometido de argumentar a favor de que, en algún sentido, el objeto de estudio de la enfermería es el cuidado de sí que procura el cuidado de otros, la autora presenta unas breves consideraciones sobre el origen etimológico y filosófico de la noción de “cuidado” y su vinculación con otras nociones, como el “cuidado de sí” y la “cura” Cura y Cura sui (Epimeleia heautou -, cuidado o inquietud de sí – Autocuidado), estas definiciones son enfáticamente analizadas por Foucault. Refiere Foucault (25) , “¿Bajo qué figura de pensamiento se han dado cita en la Antigüedad Occidental el sujeto y la verdad? Existe un concepto central que permite abordar esta cuestión: el concepto de épiméleia/cura sui, que significa el cuidado de uno mismo. Esta cuestión del sujeto, y del conocimiento del sujeto, ha sido planteada, desde la antigüedad hasta la actualidad, de otra forma, bajo la fórmula del Oráculo de Delfos: conócete a ti mismo. Pero, en realidad, esta fórmula de conócete a ti mismo va acompañada siempre, por otra parte, de otra exigencia: ocúpate de ti mismo”. En efecto, la expresión griega Epimeleia Heautou, en latín cura sui, se refiere al “ocuparse de uno mismo”. Está mencionada en tres diálogos platónicos por Sócrates - el Alcibíades, la Apología y el Fedón-; y es la condición necesaria para

el *gnothi seauton* (conócete a ti mismo). El cuidado de sí está vinculado a un dominio del individuo sobre sí mismo. Sostenía Sócrates que ni los Para llevar a cabo el cometido de argumentar a favor de que, en algún sentido, el objeto de estudio de la enfermería es el cuidado de sí que procura el cuidado de otros, la autora presenta unas breves consideraciones sobre el origen etimológico y filosófico de la noción de “cuidado” y su vinculación con otras nociones, como el “cuidado de sí” y la “cura” *Cura y Cura sui* (*Epimeleia heautou* -, cuidado o inquietud de sí – Autocuidado), estas definiciones son enfáticamente analizadas por Foucault. Refiere Foucault (25), “¿Bajo qué figura de pensamiento se han dado cita en la Antigüedad Occidental el sujeto y la verdad? Existe un concepto central que permite abordar esta cuestión: el concepto de *épiméleia/cura sui*, que significa el cuidado de uno mismo.

Esta cuestión del sujeto, y del conocimiento del sujeto, ha sido planteada, desde la antigüedad hasta la actualidad, de otra forma, bajo la fórmula del Oráculo de Delfos: conócete a ti mismo. Pero, en realidad, esta fórmula de conócete a ti mismo va acompañada siempre, por otra parte, de otra exigencia: ocúpate de ti mismo”. En efecto, la expresión griega *Epimeleia Heautou*, en latín *cura sui*, se refiere al “ocuparse de uno mismo”. Está mencionada en tres diálogos platónicos por Sócrates - el *Alcibíades*, la *Apología* y el *Fedón*-; y es la condición necesaria para el *gnothi seauton* (conócete a ti mismo). El cuidado de sí está vinculado a un dominio del individuo sobre sí mismo. Sostenía Sócrates que ni los dioses dicen que sea la virtud, ni lo dice la tradición, es el hombre quien se enseña a sí mismo. Platón destaca que la “buena vida le pertenece al que tiene dominio de sí mismo”; es decir, cuando el ser humano es “dueño de sí mismo” (25). “Cuidarse a sí mismo”, implica un “conócete a ti mismo” que

conlleva a un “ocúpate de ti mismo”, relaciones sustentadas en principios griegos cuyas etimologías es obligante vincular para comprender la praxis del cuidado.

En este contexto, explica Foucault (26) que la inquietud sobre sí es un tema muy antiguo en la cultura griega; la encontramos en: Apuleyo, Epicuro, Marco Aurelio, Séneca..., siendo Epicteto, según Foucault, quien caracteriza, en las conversaciones, al ser humano como el ser que ha sido confiado al cuidado de sí. Para Epicteto el cuidado de sí es un deber y un privilegio, una obligación y un don, que nos asegura la libertad (26). Entre todas las condiciones para nuestra libertad, el cuidado de sí se muestra con una condición necesaria, u obligación, para cristalizar nuestros más íntimos deseos. Aprender a vivir es una invitación a transformar la existencia en un ejercicio permanente del cuidado de sí. El término epimeleia designa todo un conjunto de preocupaciones y ocupaciones, refiere Foucault (26) que, primordialmente, tienen que ver con nuestra forma de comunicarnos y afrontar el mundo. Un arduo y largo trabajo, mediante argumentos racionales, que persuade, en palabras de Marco Aurelio, de no dejarse irritar ni contra los demás, ni contra los accidentes, ni contra las cosas en general o, en palabras de Séneca, un trabajo que se realiza mediante una serie de conversaciones con un confidente, con amigos, con un guía o director. Es Galeno, según Foucault, quien recomienda a quien desee cuidar de sí mismo buscar la ayuda de otro.

Distingue Foucault (26) en el concto de épiméleia los aspectos siguientes:

- 1) “En primer lugar, nos encontramos con que el concepto equivale a una actitud general, a un determinado modo de enfrentarse al mundo, a un determinado modo de comportarse, de establecer relaciones con los otros. La

épiméleia implica todo esto, es una actitud, una actitud en relación con uno mismo, con los otros, y con el mundo”.

2) “En segundo lugar, la épiméleia heautou es una determinada forma de atención, de mirada. Preocuparse por uno mismo implica que uno reconvierta su mirada y la desplace desde el exterior, desde el mundo, y desde los otros, hacia sí mismo. La preocupación por uno mismo implica una cierta forma de vigilancia sobre lo que uno piensa y sobre lo que acontece en el pensamiento”.

3) “En tercer lugar, la épiméleia designa también un determinado modo de actuar, una forma de comportarse que se ejerce sobre uno mismo, a través de la cual uno se hace cargo de sí mismo, se modifica, se purifica, se transforma o se transfigura. De aquí se derivan toda una serie de prácticas basadas a su vez en toda una serie de ejercicios que van a jugar en la historia de la cultura, de la filosofía, de la moral, y de la espiritualidad occidental un papel muy relevante.

Entre estas prácticas se encuentran, por ejemplo, la técnica de la meditación, la técnica de la memorización del pasado, la técnica del examen de conciencia, la técnica de verificación de las representaciones a medida que éstas se hacen presentes en la mente”. Esta tercera característica vincula al cuidado de sí directamente con el ejercicio o práctica en acciones concretas (ascesis) para transformar al individuo en su acceso a la verdad. Para Séneca, según testimonio de Foucault, nadie es tan fuerte como para desasirse por sí mismo del estado de estulticia en el que está: “es necesario que se le tienda la mano y se tire de él”. Estulticia entendida, como necedad o tontería. El término “cuidado” que proviene del latín cogitatus (reflexión, pensamiento, interés reflexivo que uno pone en algo), expresa ese cuidado de otro al que se dirige el cuidado de sí. El cuidado, por simple definición analítica, está incluido en el cuidado de sí.

De tal forma el cuidado de sí supone el cuidado de otros. Es cuidar de otro como si fuera uno mismo y cuidar de uno mismo como si fuera otro, la llamada alteridad. Cogitatus también es el participio de cogitare (pensar, reflexionar). Recuérdese el dictum de Descartes, cogito, ergo sum. El verbo cogitare se compone de co- (acción conjunta o global) y agitare (poner en movimiento, agitar, darles vueltas a las cosas), y de agere (llevar adelante, hacer avanzar, mover, tratar, actuar).

Así, el cuidado está vinculado a la acción, a la praxis, y al cuidado de sí como otro en una comunidad. Las comunidades se consideran «cuerpos» sociales, de tal forma que la salud de los cuerpos individuales garantiza la salud del cuerpo social. El cuidado, por lo señalado supra, abarca el trecho que va del «conócete a ti mismo» al «conozco, luego soy». Y no soy, si no conozco y este conocimiento involucra, necesariamente, al conocimiento de sí. Nuevamente, otro argumento claramente analítico. El ocuparse de sí se relaciona para Foucault (26) con la noción de therapeuein -terapia o tratamiento. Tratamiento proviene del verbo latino tractare, que se traduce como «tratar» y el sufijo miento que es sinónimo de instrumento. La terapia es, así, la acción de tratar con instrumentos; un contrato con los medios para lograr la cura.

En la Ética de Espinosa el principio del conatus, o principio acción, conlleva un amor de sí y, en este sentido, el cuidado de sí es un corolario de su Ética. Crecer en el ser, evolucionar, desarrollarse es, en suma, vivir en el sentido más amplio. Para Espinosa el gobierno de sí se ejerce desde la razón, hacia el conocimiento de nuestros propios afectos: porque el afecto solo se activa mediante el conocimiento convirtiéndolo en deseo consciente.

Para Kant (27) es la razón práctica la legisladora de nuestra conducta ética, ella constituye, por sí misma, una norma universal que radica en el imperativo categórico. Asimismo, señala Kant (27) en sus famosas tres formulaciones del imperativo categórico:

1. «Obra sólo de forma que puedas desear que la máxima de tu acción se convierta en una ley universal».
2. «Obra como si, por medio de tus máximas, fueras siempre un miembro legislador en un reino universal de los fines».
3. «Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca sólo como un medio».

Es decir, el hombre tiene, en la práctica, dos caminos diferenciados a seguir, según Kant (27): A) Heterónomo: irreflexivo, obedece reglas impuestas por una autoridad exterior y B) Autónomo: cuando utiliza la razón. Sapere aude: “ten el valor de hacer uso de tu propia razón” o, simplemente, “atrévete a pensar”. Así, el cuidado está vinculado no solo a la acción y la razón, es, de forma integral, una acción razonada que nos lleva a disfrutar de la autonomía propia de la libertad. Cabe destacar un decálogo de consideraciones con respecto al cuidado, según Kant (27):

- 1) La buena vida pertenece al que tiene dominio de sí mismo. }
- 2) Aprender a vivir es una invitación a transformar la existencia en un ejercicio permanente del cuidado de sí.
- 3) El cuidado, por simple definición analítica, está incluido en el cuidado de sí. De tal forma el cuidado de sí supone el cuidado de otros.

- 4) El cuidado es cuidar de otro como si fuera uno mismo y cuidar de uno mismo como si fuera otro.
- 5) El cuidado está vinculado a la acción, a la praxis, y al cuidado de sí como otro en una comunidad. Las comunidades se consideran «cuerpos» sociales, de tal forma que la salud de los cuerpos individuales garantiza la salud del cuerpo social.
- 6) La terapia es la acción de tratar con instrumentos; un contrato con los medios para lograr la cura.
- 7) El cuidado abarca el largo trecho que va del «conócete a ti mismo» al «conozco, luego soy». Y no soy, si no conozco y este conocimiento involucra, necesariamente, al conocimiento de sí.
- 8) El cuidado de sí se muestra con una condición necesaria, u obligación, para la libertad y autonomía personal.
- 9) El cuidado que procura la autonomía y la libertad está guiado, necesariamente, por la razón puesta en la cura, en “atreverse a pensar” la cura.
- 10) El cuidado está vinculado no solo a la acción y la razón, es, de forma integral, una acción razonada que nos lleva disfrutar de la autonomía propia de la libertad. La fundamentación del objeto de estudio de la enfermería, “el cuidado”, como se ha visto, exige el conocimiento científico que se sustenta en la epistemología, por tanto, es imprescindible analizar y discutir su desarrollo, lo que está en relación con la enfermería como profesión. Así, la construcción de un nuevo modelo epistemológico o paradigma no escapa

de las diversas interacciones con el pensamiento reflexivo, crítico y heurístico, que tiene la finalidad de optimizar el proceso de salud, incorporando, en su estudio, las distintas etapas del desarrollo humano en el marco de la misión y la visión de la persona.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal, tiene como objetivo describir la satisfacción de los padres de los pacientes pediátricos quirúrgicos de la sala de operaciones 2do G, del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Descriptivo: Porque permitió describir la satisfacción de los padres de los pacientes pediátricos quirúrgicos de la sala de operaciones 2do G, del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

De corte Trasversal: Porque el estudio de la variable se realizó en un determinado tiempo.

3.2 Diseño y esquema de la investigación

El diseño que se aplicará será descriptivo simple, cuyo diafragma y forma de investigación es el siguiente:



Dónde:

M: Representa a la población de muestra

O: Representa toda información, recolectada sobre la satisfacción del paciente de los padres de los niños hospitalizados en pediatría.

3.3 Población y muestra

Población:

La población de estudio estuvo conformada por 80 madres, del servicio de cirugía de la sala de operaciones 2do G, del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Muestra:

Para efectos de la muestra de investigación se ha determinado de forma no probabilístico, que es aquel utilizado en forma empírica, es decir, no se efectúa bajo normas probabilísticas de selección, por lo que sus procesos intervienen opiniones y criterios personales del investigador, el total de la muestra se consideran a un total de 20 padres de familia de los pacientes de la sala de operaciones 2do G, del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Tipo de muestra:

El tipo de muestra es utilizado es no probabilístico al ser dirigido por el investigador.

3.4 Instrumentos de recolección de datos

- a) Se utilizó una Guía de Encuesta
- b) Entrevistas a los expertos en la materia objeto de estudio

✓ **Validación del Instrumento**

El cuestionario se sometió a un conjunto de expertos relacionados a las áreas relacionadas a la investigación denominada "Satisfacción del

paciente pediátrico quirúrgico con el cuidado de enfermería de la sala de operaciones de pediatría 2do "G" del hospital Edgardo Rebagliati Martíns, Lima 2017.

Se les solicitó información acerca de la ajuste y corrección del enunciado de los ítems, la relevancia de la información que aportaba cada uno de ellos y la pertinencia para aplicarlos a los docentes de las etapas de Educación Primaria y Secundaria. Esta fase garantizó la claridad y sencilla aplicación del instrumento.

✓ **Confiabilidad del Instrumento**

Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. En esta investigación denominada: Impuesto a la renta por incremento patrimonial no justificado de personas naturales, Lima 2017, se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach, el cual ha arrojado los siguientes resultados para el instrumento utilizado:

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	80	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	80	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach
,85

El resultado de análisis de confiabilidad dio 0,85, y como lo señala. El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.7; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja” es decir que se encuentra dentro del rango aceptable.

3.5 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos**Técnicas de recolección de datos.**

En el presente trabajo se ha utilizado las siguientes técnicas específicas de la investigación:

a) Técnica de la Observación

* **Indirecta:** Son aquellos que se originan a través de la utilización de libros y revistas especializadas en el campo de los servicios de atención de enfermería sean estos nacionales y/o extranjeros, así como también la prensa que guardan relación con el objeto de la investigación.

b) Técnica de la entrevista.

Se utilizó la técnica de la encuesta la misma que nos permito obtener la información necesaria para el presente trabajo de investigación, recogiendo los datos de un sector de los padres de familia, así como la

técnica de la entrevista a personas involucradas con el problema de la investigación.

Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección:

- ✓ El Cuestionario.
- ✓ La Guía de la Entrevista.
- ✓ Fichas Bibliográficas.
- ✓ Fichas Textuales.

a) Instrumentos de procesamiento de datos

- ✓ Tabla estadística

b) Instrumento de recolección de datos

Se seleccionaron datos libros y revistas especializadas en el campo de los servicios de atención de enfermería tanto nacionales como extranjeros, recortes periodísticos que guardan relación con el objeto de la investigación los mismos que se consignaron en Fichas Bibliográficas y Textuales. Asimismo, mediante el uso del Cuestionario se encuestó a la muestra de la población de 20 padres de familia. Se realizaron entrevistas a profesionales expertos en el campo de investigación mediante el uso de la Guía de la Entrevista.

Tratamiento de los datos

Sobre la recopilación bibliográfica se recolecto bibliografía Nacional y Extranjera entre libros, revistas, manuales y publicaciones procedentes

del ingreso a Bibliotecas de algunas de las principales Universidades de Lima, así como la adquisición de los mismos por el investigador en librerías. Se revisó páginas web por Internet material que se registró en fichas Bibliográficas y Fichas Textuales.

Con relación a las encuestas realizadas a 20 padres de familia a quienes se les formularon preguntas cerradas que buscaron obtener información sobre su formación en pedagogía, métodos usados y satisfacción de los alumnos. Entre las dificultades originadas tenemos que algunos encuestados suspendieron la cita por no querer ser encuestados, por falta de tiempo, por desconocimiento de la materia de investigación y otros por pensar que de alguna manera tal opinión los perjudicaría en su relación enfermera - paciente.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados del trabajo de campo.

Dimensiones del Cuidado de Enfermería

a).- Por el cuidado educativo del paciente

Tabla 1. La enfermera les orienta para el cuidado posterior del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	12	60,0	60,0	60,0
	A veces	6	30,0	30,0	90,0
	Nunca	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

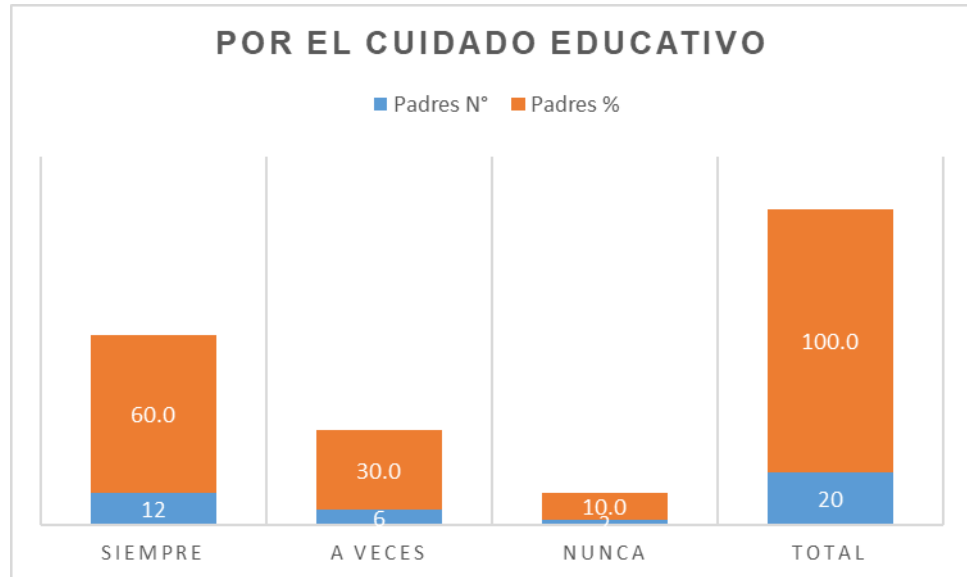


Grafico 1. **La enfermera les orienta para el cuidado posterior del paciente**

El 60% de los familiares del paciente pediátrico aseguran que la enfermera les orienta para el cuidado posterior del paciente, el 30% manifiesta que solo a veces y un 10% manifiesta que nunca se les orienta.

b).- Por las habilidades técnicas de enfermería.

Tabla 2. ¿La enfermera conoce y domina el cuidado del paciente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alto	18	90,0	90,0	90,0
	Regular	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

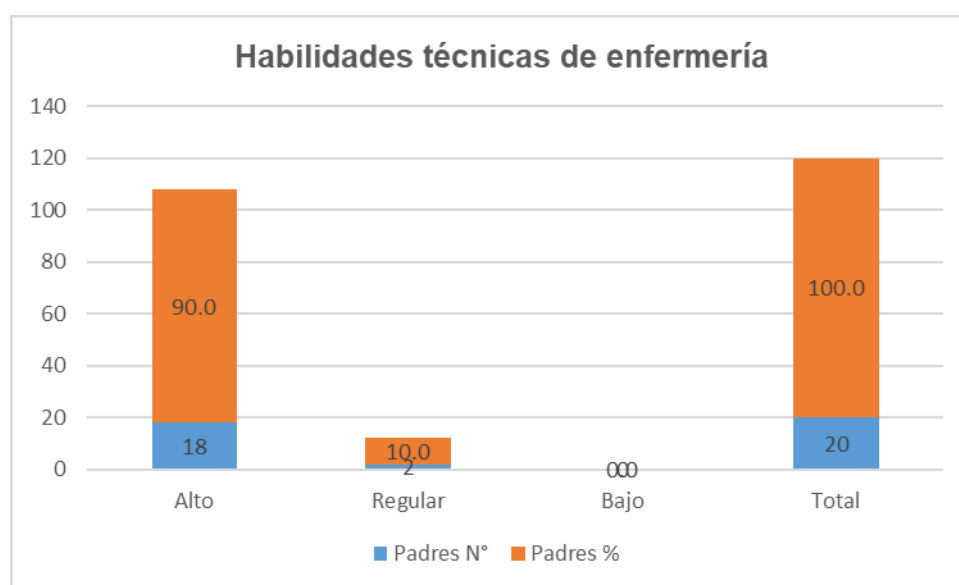


Gráfico 2. La enfermera conoce y domina el cuidado del paciente

El 90% de los padres de familia considera que las enfermeras conocen su trabajo y son muy profesionales y escaso 10% manifiesta que conocen en forma regular.

c.- Relación enfermera paciente

Tabla 3 ¿La enfermera se aproxima y es sensible al paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alto	14	70,0	70,0	70,0
	Regular	4	20,0	20,0	90,0
	Bajo	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

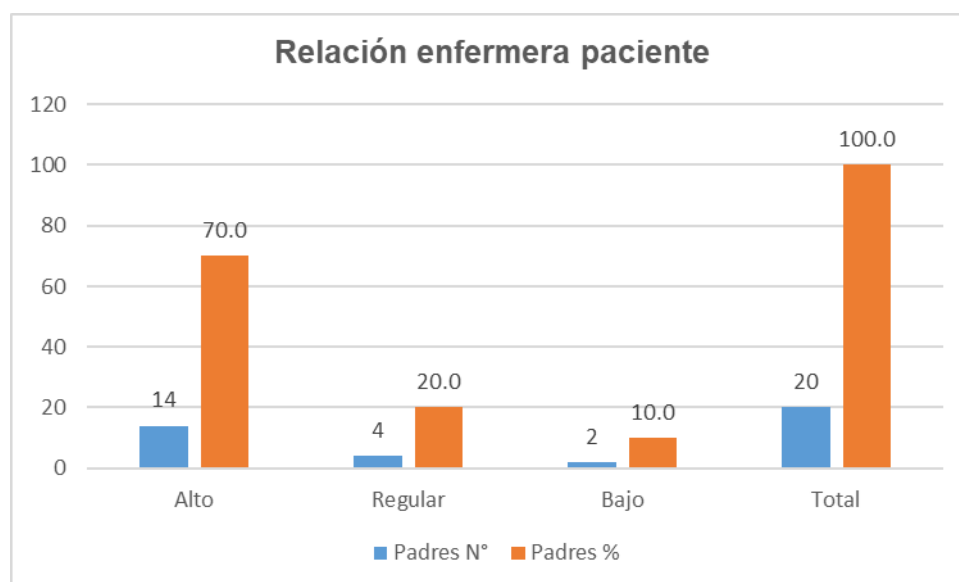


Gráfico 3. La enfermera se aproxima y es sensible al paciente

El 70% de los padres de los pacientes pediátricos quirúrgicos manifiesta que las enfermeras se aproximan y ayudan a los pacientes, mientras que sólo el 20% lo hace en forma regular y un 10% esa relación es de forma muy baja.

d.- Por el cuidado afectivo y humanizado

Tabla 4. ¿La enfermera tiene es cariñosa, sensible y humana con el paciente ?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alto	16	80,0	80,0	80,0
	Regular	3	15,0	15,0	95,0
	Bajo	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

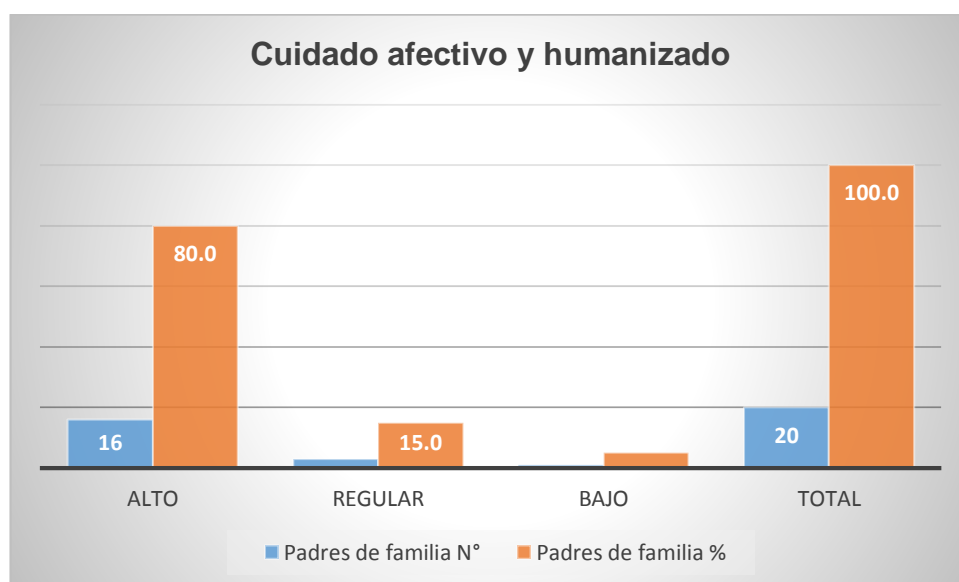


Gráfico 4. ¿La enfermera tiene es cariñosa, sensible y humana con el paciente?

El 80% de los padres de los pacientes pediátricos quirúrgicos manifiesta que las enfermeras manifiestan que tienen una cuidada afectiva y humanizada con los pacientes, un 15% es regular ese trato y un 5% manifiesta que ese trato es muy bajo.

Por la Satisfacción del paciente

a.- Expectativa por el servicio brindando por la enfermera

Tabla 5. ¿Cómo calificaría el servicio brindado en la de Operaciones de Pediatría?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Es ideal	12	60,0	60,0	60,0
	Cerca al ideal	5	25,0	25,0	85,0
	No es ideal	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

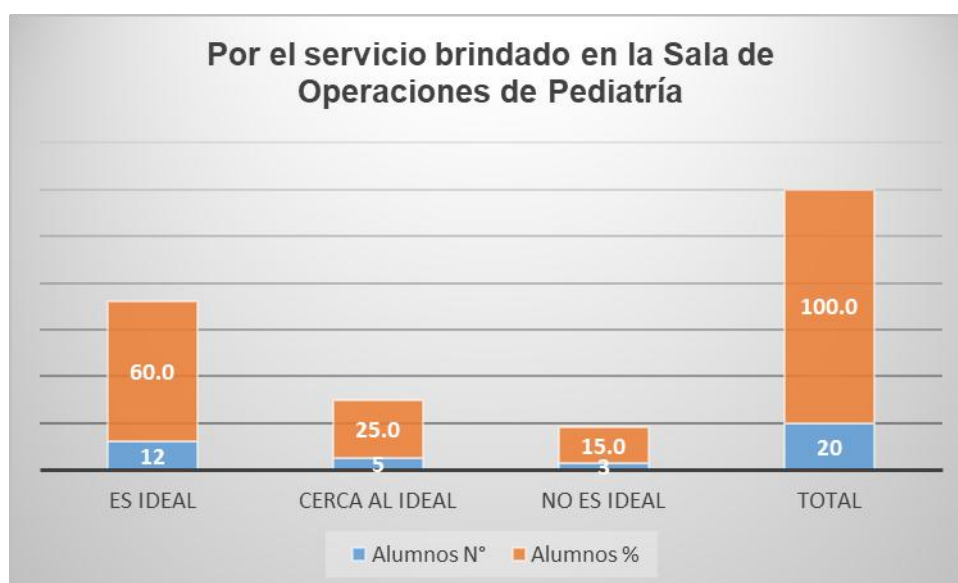


Gráfico 5. ¿Cómo calificaría el servicio brindado en la de Operaciones de Pediatría?

El 60% de los padres de los pacientes pediátricos quirúrgicos manifiesta que las enfermeras manifiestan que el servicio brindado en la sala de enfermería es ideal, el 25% cerca al ideal y un 15% considera que no es el ideal.

b.- Por la valoración del cuidado de enfermería

Tabla 6. ¿Cómo calificaría el cuidado de la enfermera al paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Buena	14	70,0	70,0	70,0
	Regular	4	20,0	20,0	90,0
	Malo	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

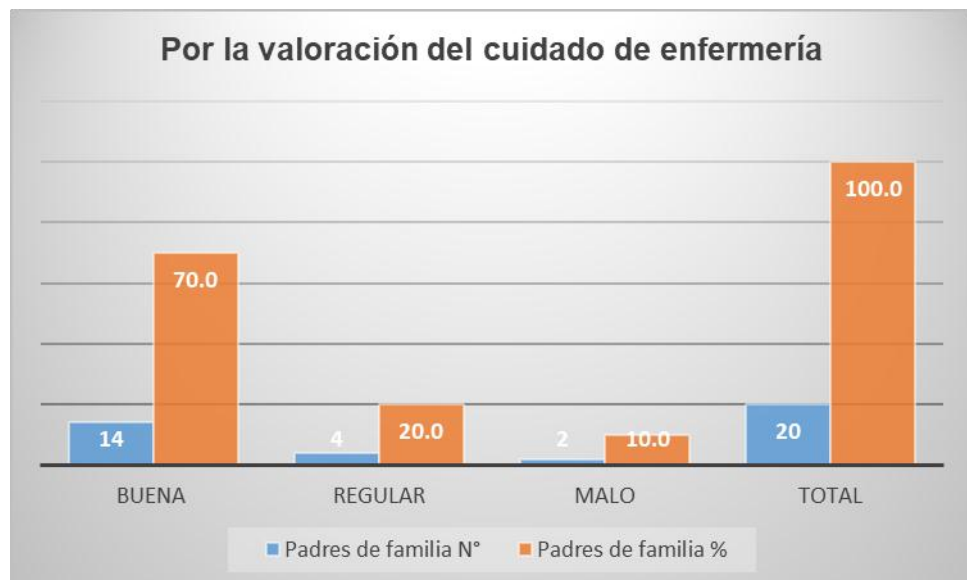


Gráfico 6. ¿Cómo calificaría el cuidado de la enfermera al paciente?

El 70% de los padres de los pacientes manifiesta que el cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes es bueno, un 20% lo considera regular y 10% lo considera malo.

c.- Por la confianza durante el cuidado

Tabla 7. ¿Cuál es la confianza que le brindaría a la enfermera durante el cuidado del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alto	12	60,0	60,0	60,0
	Regular	4	20,0	20,0	80,0
	Bajo	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

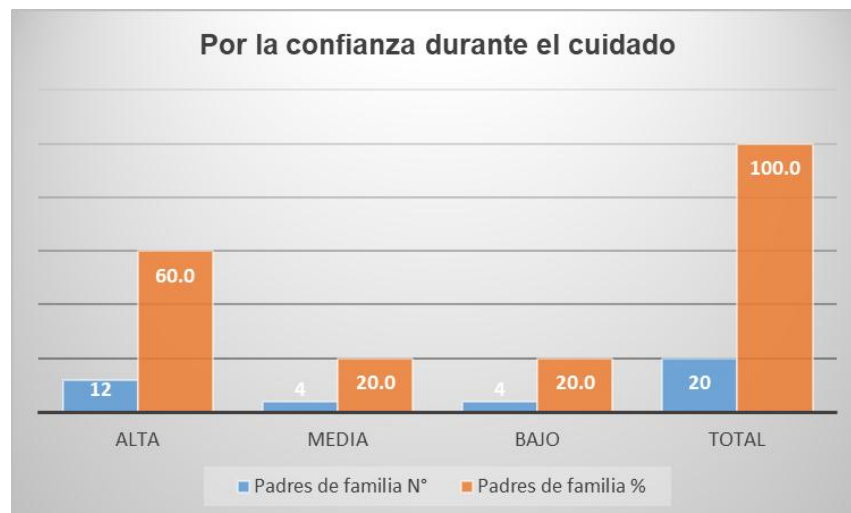


Gráfico 7. ¿Cuál es la confianza que le brindaría a la enfermera durante el cuidado del paciente?

El 60% de los padres de los pacientes considera que confiarían en las enfermeras en el cuidado del paciente pediátrico, mientras que el 20% tiene una confianza media y un 20% tiene una confianza baja en el cuidado del paciente.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Contrastación de los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos de las bases teóricas.

En referencia a los estudios de los pacientes pediátricos quirúrgicos, la evaluación de la satisfacción se centra en los padres o tutores de los pacientes pediátricos, por lo que se encuentra un tanto limitada en cuanto a la opinión de los niños.

En cuanto a las dimensiones de los cuidados de enfermería que brinda mayor satisfacción a los pacientes se encuentran los resultados que el 60% manifiesta que la enfermera les orienta y educa sobre los cuidados de los pacientes, el 90% considera que las enfermeras están preparadas para atender a sus hijos y que tienen dominio técnico, el 70% cree que la relación enfermera paciente es alto, y, un 80% cree que el trato que brinda la enfermera es afectivo y humanizado.

En general los cuidados de enfermería fueron percibidos de forma satisfactoria en el 60%; sin embargo, hubo insatisfacción por la falta de explicaciones sobre las normativas del servicio y porque el personal de enfermería se mostró poco interesado en los problemas del niño y su familia.

Fue relevante descubrir que los pacientes pediátricos, a pesar de encontrarse en un ambiente diferente y hostil durante su proceso de hospitalización, se sintieron mejor cuando recibieron un buen trato por parte de la enfermera, al contacto físico y al recibir explicación sobre su cuidado; y de la misma forma ocurrió cuando fueron tomados en cuenta tanto pacientes como

padres cuando se les dio información sobre la administración de sus medicamentos.

De acuerdo con Piaget, a partir de los cinco años los niños tienen la facultad de evaluar y dar una opinión, en este caso sobre la atención de enfermería. Los pacientes opinaron y ayudaron a sus padres o tutores a dar las respuestas del instrumento. La colaboración de los niños fue buena cuando se aplicaron las cinco preguntas, lo cual se relaciona con el proceso de toma de decisiones en los niños como parte de su aprendizaje y de su desarrollo de la autonomía personal, el espíritu crítico, el sentido de la responsabilidad y la autoestima. Tomar decisiones es una habilidad que se adquiere en el seno de la familia y con el tiempo. Los padres influyen en el estilo y la forma en que los niños avanzan en este proceso, el cual cada vez es más complejo conforme los niños van creciendo, por lo que hay que mostrar apertura a la libre opinión.

5.2. Contrastación de Hipótesis

1.4 Hipótesis y/o sistema de hipótesis

H1: Las dimensiones del cuidado de enfermería con las que el paciente quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins que recibe de parte de las enfermeras les hace sentir más satisfecho.

H0: Las dimensiones del cuidado de enfermería con las que el paciente quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins que recibe de parte de las enfermeras no les hace sentir más satisfecho.

Tabla N°: **PRUEBA DE CHI-CUADRADO PARA DIMENSIONES DEL CUIDADO /SATISFACCIÓN**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,750 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	16,197	4	,003
Asociación lineal por lineal	13,518	1	,000
N de casos válidos	20		

a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Dado que como se observa el valor tabulado de la distribución Chi Cuadrado con una probabilidad del 95% y 4 de grados de libertad es igual a 7.81, mientras que el valor calculado de la Chi Cuadrado es igual a 18.750^a Por lo tanto, se encuentra en la zona de rechazo de nuestra hipótesis nula.

Lo anteriormente planteado, quiere decir, que las dimensiones del cuidado de las enfermeras están relacionadas con la satisfacción de los pacientes, y esto depende de diversos factores, que empiezan desde una adecuada relación enfermera - paciente, hasta el buen o mal trato que recibe.

En este contexto los conocimientos de las dimensiones del cuidado del paciente y como se desarrollan; así como, la infraestructura con las que cuenta, contribuyen a brindar una atención de buena calidad y mejorar la satisfacción del paciente.

5.3 Aporte científico de la investigación.

Desde el punto de vista de la didáctica permitirá generar nuevo conocimiento en forma original e innovadora, toda vez que las dimensiones del cuidado de enfermería muchas veces aun no son tomadas en cuenta o aplicados en los diferentes centros de salud, así mismo la satisfacción del paciente conlleva a mejorar el servicio de salud, en tal sentido los aportes de la investigación permiten incrementar las bases socio afectivas de la satisfacción del paciente.

CONCLUSIONES.

1. Los familiares de los niños pediátricos quirúrgicos, tienen una percepción buena (60%), respecto a la dimensión del cuidado educativo que brinda la enfermera. Lo cual permite mencionar que la hipótesis de la investigación ha sido confirmada.

2. Los familiares de los niños atendidos en emergencia tienen una percepción buena de sus cuidados, existiendo un grupo poco considerable que la considera regular, respecto a la dimensión técnica del cuidado humanizado que brinda la enfermera.

3. Los familiares de los niños pediátricos quirúrgicos, tienen una percepción buena respecto a la dimensión de la relación enfermera – paciente (80% y 70% respectivamente), es decir que perciben la existencia de una predisposición positiva a atender a los pacientes.

4. Los familiares de los niños pediátricos quirúrgicos, tienen una percepción buena con tendencia a regular (60 a 80%), respecto a la percepción de satisfacción por los servicios y atención brindada por las enfermeras, es decir que su nivel de satisfacción es medio.

SUGERENCIAS

1. Fomentar en todo el personal de enfermería que labora en Sala de Operaciones de pediatría del segundo piso del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, que la atención brindada deberá sobrepasar las necesidades y expectativas del usuario, a través de una buena relación entre enfermera y padres cuidadores, como la comunicación, el entendimiento, la tranquilidad, la confianza y la seguridad durante la atención.
2. Socializar el presente trabajo en el servicio de enfermería y que sea un estímulo para actualizarse y capacitar continuamente al personal de enfermería en relación a las dimensiones que se deben de tener en cuenta en la atención del paciente y el familiar.
3. El nivel de satisfacción de los padres con respecto al cuidado de enfermería deberá ser evaluado permanentemente ya que nos permitirá planificar estrategias y establecer objetivos para lograr con efectividad la mejora de la atención con calidad y calidez.
4. Que sirva de iniciativa para la elaboración de guías de recepción del familiar del paciente pediátrico quirúrgico, esto permitirá la información oportuna y el apoyo constante del familiar en el cuidado de su niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. ; 1980.
2. Velásquez DyET. “Satisfacción de las Madres de Niños Hospitalizados en Pediatría sobre la atención de Enfermería del Hospital Manuel Nuñez Butron – 2013”. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, , Facultad de Enfermería ; 2013.
3. Acosta L,MBMLdNMLCCBCMDHJGAJEAF. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATE. Enfermería Global. 2011; 10(I (2011)).
4. al. MMMGe. Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados. En: Aquichan. 2011; 11(I).
5. Burgos de Velásquez JYyCSdD. SATISFACCIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS MADRES Y/O RESPONSABLES DE LOS NEONATOS SOBRE ATENCIÓN RECIBIDA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA EN EL PERIODO MARZO DE 2011. tesis de grado. San Salvador: UNIVERSIDAD DEL SALVADOR, FACULTAD DE MEDICINA; 2011.
6. CUEVA ZM. Nivel de satisfacción acerca de la atención de enfermería en las madres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina del Instituto

Nacional de Salud del Niño. TESIS DE GRADO. LIMA: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN MARCOS; 2007.

7. TITO HERMITAÑO MyRDV. SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, LIMA, PERÚ, 2007. Revista Científica de Ciencias de la Salud. 2010 Mar; 33.
8. Evelyn EIDPyM. Satisfacción de la madre a la consejería de enfermería sobre lactancia materna Piura. tesis pos grado. PIURA: Universidad de los Ángeles de Chimbote.; 2007.
9. L. BR. Percepción de la Calidad del Cuidado de enfermería en la ESE.Francisco de Paula. Santander. Rev. (recalyc) Aquichan. 2008 abril 2008; ; 8(1)(74-84).
10. REMUZGO ATEZANO A. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras en el servicio de geriatría del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2001-2002. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2003.
11. Osorio Rivadeneyra YL. Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2010. Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS , FACULTAD DE MEDICINA HUMANA; 2011.

12. Montiel A. Cuidados de Enfermería a paciente con hemorragia digestiva alta. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. 2013 Octubre.
13. Guillén Fonseca M. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. Rev Cubana Enfermeria. Ministerio de Salud Pública. 1999; 15(1).
14. Gonzalez Echeverría LI. Modelo de Necesidades Humanas de Ines Astorquiza. Tesis de grado. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales; 2015.
15. Mastrapa YEyMdPGL. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería. 2016; 32(4).
16. Do Nascimento KCyALE. Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009 Mar/abr; 17(2).
17. Buxarrais MR. Educar para la solidaridad. OEI - Programas - Educación en Valores - Sala de lectura. Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de Pedagogía; 1998.
18. Ovejero A. Tradición cognitivista de la psicología social. Universidad de Oviedo; 1985.
19. Sastre G, Moreno MyTM. Educación y Razonamiento Moral: Educar; 1998.
20. BOLÍVAR A. La Evaluación de valores y actitudes Madrid: Anaya; 1995.

21. Hinostroza Robles NM. Representaciones sociales del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico. Hospital Estatal Cerro de Pasco – Perú. 2013-2014. Para optar el Grado Académico de Doctora en Ciencias de la Salud. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS , FACULTAD DE MEDICINA ; 2016.
22. Alvarado García A. La ética del cuidado. Colombia: Universidad de La Sabana; 2004.
23. MINISTERIO DE SALUD. NORMA TECNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LA ETAPA ADOLESCENTE. LIMA: DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS; 2005.
24. AMARO PROA M. Significado del cuidado de enfermería en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Tesis de Grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2004.
25. FOUCAULT M. Poderes y Estrategias. En: Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones. Madrid: Alianza Ed; 1985.
26. FOUCAULT M. Las palabras y las cosas Mexico: Ed. Siglo XXI; 1978.
27. Martínez Ferro H. Kant: una etica para la modernidad. Dialogos de Saberes. 2006 Enero-Junio;(24).

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA				
VARIABLES	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
Cuidado de enfermería	<p>Problema general ¿Cuáles son las dimensiones del cuidado de enfermería con las que el paciente pediátrico quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins se siente más satisfecho?</p>	<p>Objetivo General Analizar la satisfacción en el cuidado de enfermería de los pacientes pediátrico quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins se siente más satisfecho.</p>	<p>Hipótesis General Las dimensiones del cuidado de enfermería con las que el paciente quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins que recibe de parte de las enfermeras les hace sentir más satisfecho.</p>	<p>Tipo de Investigación Descriptivo de corte transversal</p>
Satisfacción del paciente quirúrgico	<p>Problemas específicos 1. ¿Cuál es el nivel de satisfacción en el cuidado de enfermería con los pacientes quirúrgicos de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins? 2. ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los padres de los pacientes de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins?</p>	<p>Objetivos específicos 1) Determinar el nivel de satisfacción en el cuidado de enfermería del paciente quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins. 2) Establecer cuál es el nivel de satisfacción de los padres de los pacientes de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins.</p>	<p>□ Hipótesis específicas a) Las dimensiones del cuidado de enfermería con las que el paciente quirúrgico de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins recibe de parte de las enfermeras les hace sentir más satisfecho. b) El nivel de satisfacción de los padres de los pacientes de la Sala de Operaciones de Pediatría 2do "G" del Hospital Edgardo Rebagliategui Martins es relativamente alto.</p>	<p>Diseño de Investigación Aplicativo – descriptivo</p> <p>Población Estuvo conformada por 80 madres, del servicio de cirugía de la sala de operaciones 2do "G" del Hospital Rebagliategui Martins.</p> <p>Muestra Se consideraron para la muestra 20 madres del servicio de cirugía de la sala de operaciones 2do "G" del Hospital Rebagliategui Martins.</p>

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres:

AVALOS MOLINA, Ana María

DNI: 29265261

Correo electrónico: **anavamo2014@hotmail.com**

Teléfonos Casa:

Celular: 999004029 Oficina _____

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

Posgrado	
Maestría:	SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA
Mención:	_____

Grado Académico obtenido: **MAESTRO**

Título de la tesis:

SATISFACCION DEL PACIENTE PEDIATRICO QUIRURGICO CON EL CUIDADO DE ENFERMERIA DE LA SALA DE OPERACIONES DE PEDIATRIA 2DO "G" DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2017

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
<input checked="" type="checkbox"/>	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
<input type="checkbox"/>	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha de firma: 23-02-2018

Firma del autor