

**PRESTACION DE CUIDADO POR LA
ENFERMERA (O) Y SATISFACCIÓN
DEL PACIENTE DE UN HOSPITAL TIPO I**

Autora: Alicia M. Galíndez
Tutora: Dra. Digna Escobar

Valencia, Febrero, 2015



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRIA GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DE ENFERMERIA



**PRESTACION DE CUIDADO POR LA ENFERMERA(O)
Y SATISFACCION DEL PACIENTE DE UN HOSPITAL TIPO I**

Autora: Lcda. Alicia M Galindez
Trabajo de Grado presentado ante la
Facultad de Ciencias de la Salud de la
Universidad de Carabobo, para optar al
Título de Magister en Gerencia de los
Servicios de Salud y Enfermería

Valencia, Febrero, 2015



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRIA GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DE ENFERMERIA



**PRESTACION DE CUIDADO POR LA ENFERMERA(O)
Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DE UN HOSPITAL TIPO I**

Autora: Lcda. Alicia M Galindez

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

Nombre, Apellido y Firma

Valencia, Febrero 2015



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRIA GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DE ENFERMERIA



VEREDICTO

Nosotros Miembros del Jurado designado para la evaluación del trabajo de Grado Titulado **Prestación de Cuidado por la Enfermera (o) de Cuidado Directo y Satisfacción del Paciente en un Hospital Tipo I** presentado por la Lcda. Alicia M. Galindez C.I. 3.883.688 para optar al Título de Magister en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: APROBADO

Nombre y Apellido

C.I

Firma

Valencia, Febrero 2015

DEDICATORIA

Al Dios que hizo los cielos y la tierra, mí
Creador Todopoderoso le doy las gracias
por permitirme después de un largo camino
culminar y presentar este trabajo de grado.

A mi esposo que ya no está conmigo.

A mis niños Ángel y Rubí que
me han dado su amor y ánimo para continuar
adelante sin desmayar

A mis hermanas, Isabelita, Carmen y Anita, que
confiaron en mi perseverancia.

“A Dios sea la Gloria para siempre”

AGRADECIMIENTO

Mi corazón esta alegre de haber podido culminar otra etapa de mi vida. Por eso agradezco a Dios el haberme ayudado a cumplir este sueño.

Todo lo que hago tiene un propósito.

“Servir a mi prójimo en todo momento” Ese prójimo es “el niño que llora”, “el joven que tiene frio”, “el anciano que tiene hambre”, “el desahuciado que nadie visita”, “el moribundo que necesita una palabra de aliento”, “la mujer que tiene dolor de parto”

A mi esposo Alexis que siempre estuvo conmigo.
A mi bellos Ángel y Rubí, a quienes incentivo cada día en la perseverancia de estudiar y prepararse como profesionales.

A mis hermanas que me dan ánimo siempre.

A mi Tutora Dra. Digna Escobar, que me dio ese apoyo profesional, como mentora, orientadora, facilitadora, espontánea y dedicada a su carrera de docente.

A mis Colegas Enfermeras que laboran en el Hospital Tipo I Dr. José Elías Landinez que han creído en mí.

A los pacientes que sirvieron de apoyo para poder desarrollar este trabajo de investigación.

A todos...

Gracias

INDICE GENERAL

	Pág.
Índice de Tablas	ix
Índice de Gráficos	xii
Resumen	xvi

INTRODUCCION

CAPITULO I. EI PROBLEMA

1.Planteamiento del Problema	4
2.Objetivos de la Investigación	11
2.1Objetivo General	11
2.2Objetivos Específicos	11
3.Justificación de la Investigación	13

CAPITULO II. MARCO TEORICO

1. Reseña del Hospital Tipo I Dr. José Elías Landinez	15
2. Antecedentes del Estudio	17
3. Bases Teóricas	23
Gerencia del Cuidado de Enfermería	24
Cuidado de Enfermería	30
4. Prestación del cuidado de Enfermería de Cuidado Directo	35
Teorías de Enfermería en Relación al Cuidado	38
Dimensiones del Cuidado de Enfermería	46
Dimensión del Cuidado Técnico	54
Dimensión del Cuidado Afectivo	67
Dimensión del Cuidado Ético	73
5. Satisfacción del Paciente Hospitalizado	79
Satisfacción del Paciente por Cuidado Técnico	83
Satisfacción del Paciente por Cuidado Afectivo	88
Satisfacción del Paciente por Cuidado Ético	91
6. Gestión del Proceso del Cuidado Administrativo	93
7. Sistema de Hipótesis	94
Hipótesis General	94
Hipótesis Específicas	94
8. Sistema de Variables y su Operacionalización	96
9. Definición de Términos Básicos	105

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	
1. Diseño Metodológico	107
2. Población y Muestra	108
3. Instrumento de Recolección de datos	108
4. Validez y Confiabilidad	110
5. Procedimiento para la recolección de Datos	110
6. Técnica de Análisis de datos	111
CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1. Presentación de los Resultados	112
2. Análisis e interpretación de los Resultados	114
2.1. Características de la Muestra	114
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	163
Recomendaciones	166
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	
Anexo A	175
Instrumento	
Anexo B	187
Validación y Confiabilidad	
Anexo C	189
Oficios Varios	

INDICE DE TABLAS

Tablas	Págs.
Tabla N° 1. Prestación del Cuidado Directo (ECD) y Satisfacción del Paciente Distribución de los Pacientes Investigados Según Sexo. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014.	114
Tabla N° 2. Distribución de los Pacientes Investigados Según Edad. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014.	116
Tabla N° 3. Distribución de los Pacientes Investigados Según Municipio. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar Y Monge. Yaracuy. Febrero 2014.	118
Tabla N° 4. Distribución de los Pacientes Investigados Según Área de Atención. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar Y Monge. Yaracuy. Febrero 2014.	120
Tabla N° 5. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Técnica y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Técnico. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014.	122
Tabla N° 6. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Técnica y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Afectivo. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge.	

Yaracuy. Febrero 2014. 128

Tabla N° 7. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Técnica y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Ético. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014.

133

Tabla N° 8. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Afectiva y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Técnico. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014.

137

Tabla N° 9. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Afectiva y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Afectivo. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014.

141

Tabla N° 10. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Afectiva y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Ético. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014.

144

Tabla N° 11. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería

en el Factor Dimensión Ética y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Técnico. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landínez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014. 147

Tabla N° 12. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Ética y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Afectivo. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landínez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014. 151

Tabla N° 13. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Ética y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Ético. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landínez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014. 154

Tabla N° 14. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia y de Satisfacción de las Variables en Estudio. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landínez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014. 157

INDICE DE GRAFICOS

Grafico	Pags.
Gráfico N° 1. Prestación del Cuidado por la Enfermera de Cuidado Directo (ECD) y Satisfacción del Paciente. Distribución de los Pacientes Investigados Según Sexo. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yzacuy. Febrero 2014.	115
Gráfico N° 2. Distribución de los Pacientes Investigados Según Edad. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yzacuy. Febrero 2014.	117
Gráfico N° 3. Distribución de los Pacientes Investigados Según Municipio. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yzacuy. Febrero 2014.	119
Gráfico N° 4. Distribución de los Pacientes Según Área de Atención. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yzacuy. Febrero 2014.	121
Gráfico N° 5A. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Técnica y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Técnico Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yzacuy. Febrero 2014.	125
Gráfico N° 5B. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Técnica y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Técnico. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar Y Monge. Yzacuy. Febrero 2014.	126

Gráfico N° 5C. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Técnica y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Técnico. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa.Municipios Bolívar Y Monge. Yaracuy. Febrero 2014. 127

Gráfico N° 6A. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Técnica y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Afectivo. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014 131

Gráfico N° 6B. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Técnica y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Afectivo. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014. 131

Gráfico N° 7A. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Técnica y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Ético. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa.Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014. 135

Gráfico N° 7B. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Técnica y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Ético. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014. 136

Gráfico N° 8A. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Afectiva y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Técnico. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014. 139

Gráfico N° 8B. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Afectiva y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Técnico. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014. 140

Gráfico N° 9. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Afectiva y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Afectivo. Hospital I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014 143

Gráfico N° 10. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Afectiva y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Ético. Hospital I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014 146

Gráfico N° 11A. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Ética y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Técnico. Hospital I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014 149

Gráfico N° 11B. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Ética y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Técnico. Hospital I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014 150

GráficoN° 12. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Ética y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Afectivo Hospital I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014 153

Gráfico N° 13. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia de la Prestación del Cuidado de Enfermería en el Factor Dimensión Ética y Niveles de su Satisfacción por los cuidados recibidos en el Factor Cuidado Ético. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014 156

Gráfico N° 14 A. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia y de Satisfacción de las Variables en Estudio. Hospital I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014 160

Gráfico N° 14B. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia y de Satisfacción de las Variables en Estudio. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa.Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014 161

GráficoN° 14C. Distribución de los Pacientes Investigados Según Niveles de Ocurrencia y de Satisfacción de las Variables en Estudio. Hospital Tipo I "Dr. José Elías Landinez". Aroa. Municipios Bolívar y Monge. Yaracuy. Febrero 2014 162

RESUMEN

PRESTACION DE CUIDADO POR LA ENFERMERA(O) Y SATISFACCION DEL PACIENTE DE UN HOSPITAL TIPO I

Autora: Lcda. Alicia Galindez de Medina

Tutora: Dra. Digna Escobar

Fecha: 2015

El presente estudio se ubica en la línea de investigación: **Clima Organizacional de los Servicios de Enfermería y Practica Profesional**, establecida por la Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería. El mismo tuvo por objetivo fundamental: Determinar la relación que existe entre la **Prestación de Cuidado de la enfermera(o) de Cuidado Directo en sus factores: Dimensión Técnica, Afectiva y Ética y Satisfacción del Paciente Hospitalizado en su factor Técnica, Afectiva y Ética**. Este estudio se realizó en el Hospital Tipo I Dr. José Elías Landinez, Aroa, Municipio Bolívar del Estado Yaracuy. El diseño de investigación fue descriptivo ex post facto correlacional. La población estuvo conformada por 80 pacientes de ambos sexos, distribuidos en las Áreas de Hospitalización: Medicina Interna, Alto Riesgo Obstétrico, Cirugía Adulto, Oncología, Cardiología y Traumatología y la muestra estuvo conformada por 20 pacientes la cual representó el 25 % de la población a estudiar. La recolección de la información, se realizó a través de un instrumento tipo cuestionario, estructurado en tres partes: la primera describe a los datos demográficos, la segunda referida a la primera variable: **Prestación de Cuidado de la enfermera(o) de Cuidado Directo**, compuesto por 30 ítems con cinco categoría de respuesta del 1 al 5. La tercera parte corresponde a la segunda variable: **Satisfacción del Paciente Hospitalizado**, con 30 ítems con cinco categorías de respuesta del 1 al 5. La confiabilidad interna se hizo mediante la aplicación de la prueba Alfa de Cronbach, para la primera variable obteniendo un resultado de 0,97 (Muy Bueno) y de 0,96. (Muy Bueno), en la prueba de Alfa de Cronbach para la segunda variable. El análisis de los datos se hizo mediante la aplicación de las estadísticas descriptiva con el paquete SPSS 19.0 para ambiente Windows. Los resultados indicaron que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables y sus factores con un coeficiente significativo de $p < 0,0001$, de manera que la hipótesis general y las específicas planteadas en este estudio de investigación fueron comprobadas.

Palabras clave: prestación de cuidado, satisfacción, cuidado técnico, comunicación, empatía.

INTRODUCCIÓN

Un hospital es una organización que surge ante la demanda de la sociedad e implica una compleja interrelación de personas dedicadas a múltiples funciones, que tienen como finalidad la recuperación de la salud de la gente que en estos establecimientos son atendidas sea cual sea su necesidad biopsicosocial. De modo que la enfermería surge como resultado de la evolución, dentro de la sociedad, de una actividad fundamentalmente humana y que consiste en la acción de cuidar.

En este sentido, la enfermería es una disciplina social al cuidado de la salud del paciente, la familia y la comunidad, a través de la creación de una estructura organizativa que conlleva al personal a brindar cuidados de calidad, haciendo uso de sus máximas potencialidades; por lo que las enfermeras, en las instituciones de salud ejercen funciones administrativas, aplicando el proceso dependiente en sus cuatro elementos esenciales: Planificación, Organización, Dirección y Control, para alcanzar las metas que se han propuesto, enfocándose primordialmente en los cuidados directos e indirectos al paciente o enfermo hospitalizado.

Cabe destacar asimismo, que la enfermería en el rol de supervisión tiene que emplear una combinación de habilidades conceptuales, de relaciones humanas, técnicas y éticas para hacer frente a diferentes situaciones, de manera asertiva; situaciones tanto en el ámbito administrativo y clínico, tales como distribución del talento humano en todas sus fases gerenciales, en el cuidado a los enfermos hospitalizados que incluye la toma de decisiones prácticas. En otras palabras, la supervisión de enfermería, es un procedimiento basado en las mutuas relaciones personales, orientadas hacia el desarrollo continuo de los profesionales entre la supervisora o supervisor y las personas supervisadas.

En este sentido, el liderazgo en enfermería es un componente esencial en la gestión del cuidado para lo cual las enfermeras(os) deben prepararse, conociendo que las actividades de enfermería son actividades necesarias para lograr un excelente servicio en la prestación de cuidado humano, como son, el empoderamiento, la formación profesional y la dimensión del cuidado, tomando en cuenta las necesidades que presenta cada paciente con el fin de minimizar a través de acciones cualquier alteración que esté presente.

Por otra parte, la enfermería se asocia a la atención y vigilancia en las etapas de la enfermedad del paciente que abarca diversas funciones y cuidados, los cuales se deben suministrar al enfermo. Sus características dependerán del estadio y la gravedad del paciente, aunque a nivel general sus actividades están basadas en el cuidado. En tal sentido, cada ser humano experimenta un conjunto de necesidades o requerimientos, las cuales deben ser satisfechas por la enfermera(o), pues son fundamentales para mantener la salud, el bienestar y por supuesto la vida.

Es por esto, que la Satisfacción del Paciente depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado según sus expectativas, del trato personal que ha recibió por parte del personal de salud, y del grado de oportunidad y amabilidad con el cual el servicio fue brindado; es por esto, que el paciente de las instituciones de salud, se enfrenta en general, a un medio desconocido y a situaciones en las que no desearía estar, por ello, todos los factores que podrían contribuir a proporcionar una óptima atención de salud, deben ser considerados relevantes con el fin de facilitar la adecuada adaptación del paciente en el entorno hospitalario basado en el cuidado de enfermería.

En este orden de ideas, la presente investigación tiene como finalidad determinar la relación que existe entre la Prestación de Cuidado de la Enfermera(o)

de Cuidado Directo (ECD) en sus factores: Dimensión Técnica, Afectiva y Ética y la Satisfacción del Paciente hospitalizado, atendido en el Hospital Tipo I Dr. José Elías Landinez, Aroa, Municipio Bolívar del Estado Yaracuy. Asimismo, el estudio está enmarcado en la línea de investigación del Programa de Maestría de Gerencia en Salud, titulada: Clima Organizacional de los Servicios de Enfermería y la Práctica Profesional. Requisito para culminar los estudios de Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería.

Asimismo, el estudio está estructurado en cinco capítulos. En el Capítulo I, es referido el Planteamiento del Problema, que se está presentando en el área hospitalaria, desde el ingreso del paciente, basado en el cuidado que presta la enfermera(o) de cuidado directo (ECD) y la satisfacción del usuario. En el mismo se formularon los objetivos de la investigación, generales y específicos, y la justificación que conllevan a realizar este estudio.

En el Capítulo II, se hace referencia al Marco Teórico que contiene los antecedentes que se relacionan con la problemática presentada; las bases teóricas que sustentarán el contenido del problema con respecto a la prestación de los cuidados de enfermería y la satisfacción del paciente hospitalizado. Igualmente, se presenta, el sistema de hipótesis; sistema de variables y su operacionalización y la definición de términos. El Capítulo III, corresponde al Marco Metodológico, donde se señala la naturaleza del estudio y diseño de investigación, población y muestra, instrumento, validación y confiabilidad, procedimientos para la recolección de datos y las técnicas de análisis de datos.

En el capítulo IV, está conformado por los Resultados de la Investigación, representada en tablas y gráficos según las variables y factores en estudio. Por último el Capítulo V, comprende las Conclusiones y Recomendaciones de la investigación.

Posteriormente se presentan las Bibliografías que fundamentan todo el contenido del estudio y finalmente los anexos que complementan la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

En este capítulo se presentan el planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos y la justificación del estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La profesión de enfermería es eminentemente moderna, ya que es, a partir del siglo XIX donde comienzan a establecerse las pautas de acción de lo que las enfermeras deben ser y hacer. Desde los tiempos de Florence Nightingale en 1860 se inicia institucionalmente la formación de la enfermería, basándose en el proceso del cuidado del enfermo, y lo hace partiendo del supuesto de que existe un aspecto en la atención de salud que es propio de la acción de enfermería, el cuidado; es decir, este está relacionado con la prestación de servicios a otras personas; de allí, la labor de muchos profesionales para ayudar a todos los seres que lo ameritan.

Si bien, a la enfermería se le ha dado el nombre de profesión, durante muchos años su evaluación relacionada con los criterios para ejercerla, indica que sería más exacto afirmar que la enfermería es una carrera que está surgiendo. Es así, que Leddy S. y Pepler J. (1995), afirman que la enfermería como profesión se fue perfilando a través del tiempo. La suposición de que enfermería es un arte innato, ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión.

En tal sentido, en los países desarrollados como en los menos desplegados económicamente, el cuidado de enfermería se ha vuelto más complejo, ya que la enfermería ha evolucionado en la práctica profesional, obteniendo como resultado la disminución de complicaciones y la duración del paciente en la estadía hospitalaria, además de la satisfacción personal de las enfermeras al estar en el nivel de licenciatura.

No obstante, en la actualidad la enfermería para su práctica, se requiere más que vocación y buena voluntad, de ahí el interés de conocer todo acerca del cuidado, la naturaleza del mismo y la importancia que tiene para la profesión y para las personas a las cuales se dirige. De modo que la esencia de la enfermería es el cuidado, al cual se puede definir como, las acciones que realiza la enfermera(o) que tiene como finalidad tratar de resolver problemas que se interponen o influyen en la calidad de vida de las personas.

De manera que, los cuidados son la razón de ser de la profesión de enfermería y constituyen el motor del quehacer y por lo tanto el foco de atención y objetivo del servicio como disciplina profesional. El cuidado comprende elementos técnicos, aspectos afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona, pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue. Por lo tanto, la Prestación de Cuidados en Enfermería, es la manera en que se organiza la aplicación de dichos cuidados para satisfacer las necesidades del paciente.

Asimismo, través del tiempo, la enfermería ha adecuado nuevas estrategias para ajustarse a nuevos requerimientos de las organizaciones, así como, la formación y habilidades desde lo que era la práctica privada o manejo de casos, pasando por lo funcional, la de equipo, gestión de casos hasta llegar a la gestión de cuidados y especializaciones. Bien lo refiere Hinchliff M. (1982), cuando dice, que la

enfermería, es el arte de cuidar, fundamentándose primordialmente en las necesidades individuales del ser humano, por lo que cuidar bien a un paciente requiere de entrega, de compromiso y responsabilidad, esto es debido, a que la vida del paciente está en las manos del profesional que suministra los cuidados.

En tal sentido, la prestación de cuidados de enfermería engloba los conocimientos con el arte de cuidar, así como la experiencia personal del cuidador; de manera que, a través, de los conocimientos y habilidades desarrolladas en la práctica, así como la experiencia personal, el cuidado se convierte en único, genuino, y auténtico por la persona que lo suministra dejando una sensación de bienestar al que lo recibe.

Paralelo a la prestación de cuidado que ejecuta enfermería, se encuentra la Satisfacción del Paciente, que es una valoración cognitiva personal que realizan las personas en la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de vida, las expectativas y aspiraciones, a los objetivos conseguidos, basada en sus propios criterios y que se realiza de forma favorable.

Por lo que se podría afirmar, que la satisfacción personal de una persona, se ve influenciada por múltiples variables, tanto de índole social y cultural, señalando entre las más relevante, el nivel socioeconómico y el nivel educativo, entre las que cabe citar, la edad, el sexo, el rasgos de la personalidad, que pueden condicionar la valoración de la vida o de un aspecto de la misma persona como más o menos satisfactorio.

Aunque autores como Donabedian (1992) y Koss (1994) fueron los primeros en mostrar el valor de la Satisfacción del Paciente como un indicador del resultado de la atención asistencial, no ha sido hasta hace unos pocos años, cuando el interés de los clínicos por esta medida se ha despertado. Actualmente y por diversas razones se abre

paso a una nueva estrategia de organización y diseño en los procesos de enfermería que pone su énfasis en la perspectiva de satisfacer las expectativas de los pacientes hospitalizados a través del cuidado de enfermería.

De acuerdo con lo anterior, puede considerarse que la Satisfacción del Paciente en una institución hospitalaria pública o privada, varía según el contexto cultural y social de la persona. Caminad J. (2001), refiere que, la satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que este ha recibido. De manera, que las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas del paciente, configuran la expresión de agrado o de desagrado sobre la calidad de cuidado suministrado por el servicio y equipo de salud en este caso el de enfermería.

Por otra parte, en el ámbito del Proceso Administrativo del Cuidado que se ejerce en un establecimiento de Salud, Marriner, A (2003), señala que es universal y se aplica tanto a la vida cotidiana como a la profesional, sirve para organizarse dentro de un área específica, como para dirigir un establecimiento de salud a nivel general. Su aplicación puede enfocarse tanto el cuidado de un paciente o a un grupo de ellos o para controlar y evaluar a los que laboran bajo la vigilancia de enfermería.

De manera, que el proceso administrativo según la misma autora, está constituido por varias fases: planeación, organización, dirección, control y evaluación. En tal sentido, la Supervisión en Enfermería es una de las funciones principales de la gestión del cuidado que realiza la enfermera(o) para mejorar las condiciones y gestionar la planificación en las actividades diarias, con el fin de garantizar al paciente hospitalizado un óptimo servicio de cuidados. Por lo que, la gestión del cuidado de enfermería se encarga de supervisar, controlar, ejecutar y evaluar los procedimientos que se suministran al paciente con el fin de otorgar una atención pertinente cualquiera sea su condición de salud.

En este mismo orden de ideas, la misma autora, refiere que la enfermera(o) que ejerce el rol de gerente o supervisor en una institución de salud, tiene entre las funciones administrativas: realizar normas y técnicas en los procedimientos de enfermería, participar en el desempeño y responsabilidades del personal a su cargo, organizar los cuidados humanos, dirigir y toma decisiones, asignar actividades, entre otras; permitiendo que la enfermera(o) de cuidado directo (ECD) desarrolle al máximo su capacidad o potencialidad profesional, con el fin de proveer un cuidado óptimo a todos los pacientes que ingresan por varios días en algún área hospitalaria para restablecer su salud.

No obstante, se pudo observar, en el establecimientos de salud donde se realizó el estudio, que el personal responsable sobre la gerencia de los profesionales de enfermería de cuidado directo (ECD), pareciera que continua en las antigua metodología del trabajo maquinal e inconsciente, carentes de intuir cuales son las necesidades del paciente hospitalizado de manera humanitaria y reflexiva, considerándolo como una persona biopsicosocial y espiritual, velando que los cuidados que se le suministren desde el momento de su ingreso sea el adecuado.

De manera que, el cuidado que brinda la enfermera(o) de cuidado directo (ECD) al paciente en las áreas hospitalarias del Hospital Tipo I “Dr. José Elías Landinez”, Municipio Bolívar, Aroa, Estado Yaracuy, al parecer se presenta difuso, según revela la fuente, por parte de pacientes egresados, cuando existen quejas con respecto al cuidado que reciben del personal de enfermería, ya sea, en las sala de observación, donde los usuarios pernotan por espacio máximo de 72 horas con tratamiento hasta decidir su egreso o ingreso al área de hospitalización superior a cinco días, recibiendo los cuidados de los profesionales de salud.

Se plantea que existe una gran debilidad en lo que respecta al cuidado que suministra la ECD, la falta de integración del equipo de trabajo, trato adecuado al paciente, al familiar, disminución marcada del sentido de pertenencia, la invisible cultura de servicio, retardo en los procesos administrativos y en los procesos operativos, donde los esfuerzos de quienes tienen la responsabilidad de dirigir el hospital, entre ellos, la enfermera supervisora, como gerente medio que tiene el compromiso de generar un entorno laboral satisfactorio entre el personal que dirige y el paciente a quien se le brinda el cuidado parece no controlar y evaluar dichas actividades.

Por lo que ha conocido, que el paciente pasa tiempo esperando por un tratamiento para aliviar el dolor o por la limpieza de una lesión o herida quirúrgica para prevenir una complicación, así, como el cambio de la Sonda de Foley en usuarios con problemas prostáticos o el cambio de un frasco de infusión intravenosa por otro, en los casos de deshidratación por vómito o diarrea, así como la ayuda en el baño en cama, entre otros procedimientos, que enfermera(o) de cuidado directo (ECD) tiene entre los cuidados a suministrar al paciente que asiste en sus turno de trabajo.

También se reflexiona sobre lo que relató una paciente, "me sentí maltratada por la desconsideración y reacción apática del personal de enfermería ante los problemas de mi enfermedad, lo que me hizo sentir vergüenza y humillación" cuando la enfermera dijo "eso no es mi problema" o cuando simplemente los profesionales refieren que el paciente no le llamó o alegan que estaban ocupados en otras tareas y no les dio tiempo de atender el llamado de los o las pacientes.

Esto puede indicar, que el paciente que ingresa a un establecimiento de salud, que requiere de los cuidados de las enfermeras(os) se enfrenta a situaciones difíciles que le cuesta comprender y resolver, como es el quedarse solo sin un familiar que lo

apoye, que lo cambie de posición, que lo lleve al sanitario, que le pueda ayudar a cambiar el pañal, o tan solo se le pueda brindar ese calor humano, de un padre, de una madre, de un hijo o hija que le brinde seguridad, afecto en el momento en que lo amerite, en fin, sentir una mano amiga donde apoyarse mientras pasa el momento del dolor o de la soledad.

Por lo tanto, todo lo anterior hace suponer que en este establecimiento de salud existe un déficit notorio del recurso humano de la ECD, que pueda limitar una atención adecuada en pro de la satisfacción del cuidado del paciente hospitalizado. Asimismo, la satisfacción pareciera que es un fenómeno complejo que se atribuye tanto a los resultados que se puedan obtener en la salud individual del paciente y colectiva como al éxito de las medidas que se aplican en el campo de la enfermería.

Por lo que deduce, que la supervisión de la gerencia de enfermería en esta institución parece carecer de estrategias específicas para el suministro de cuidado en el área asistencial o un plan estructurado en cada turno sobre las actividades de ECD que sirva de lineamiento para brindar un cuidado óptimo desde el momento que el paciente ingresa a este establecimiento de salud. Por lo que desde esta perspectiva, se formulan las siguientes interrogantes:

¿Qué relación existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo (ECD) en sus factores: dimensión técnica, afectiva y ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor de cuidado: técnico, afectivo y ético atendido en el Hospital Tipo I Dr. José Elías Landinez, Aroa, Municipio Bolívar del Estado Yaracuy?

¿Qué relación existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión técnica y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor de cuidado: técnico, afectivo y ético?

¿Qué relación existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión afectiva y la satisfacción del paciente hospitalizado su factor de cuidado: técnico, afectivo y ético?

¿Qué relación existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión ética y la satisfacción del paciente hospitalizado su factor de cuidado: técnico, afectivo y ético?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en sus factores: dimensión técnica, afectiva y ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor de cuidado: técnico, afectivo y ético, atendidos en el Hospital Tipo I Dr. José Elías Landinez, Aroa, Municipio Bolívar del Estado Yaracuy.

2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1.- Determinar la relación que existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión técnica y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado técnico.

2.2.2- Determinar la relación que existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión técnico y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado afectivo.

2.2.3.- Determinar la relación que existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión técnico y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado ético.

2.2.4.- Determinar la relación que existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión afectiva y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado técnico.

2.2.5.- Determinar la relación que existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión afectiva y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado afectivo.

2.2.6.- Determinar la relación que existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión afectiva y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado ético.

2.2.7.- Determinar la relación que existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado técnico.

2.2.8.- Determinar la relación que existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado afectivo.

2.2.9.- Determinar la relación que existe entre la prestación del cuidado de la enfermera(o) de cuidado directo en su factor: dimensión ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado ético.

3.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Entendiendo que la gerencia en el proceso administrativo del cuidado de enfermería está implicada en la coordinación de todos los bienes disponibles en la organización hospitalaria con el fin de dirigir el talento humano y los recursos, benefactores, físicos, tecnológicos y financieros para que a través de los procesos de planificación, organización, dirección y control se logren objetivos previamente establecidos, de allí el interés por lo cual se proyectó este estudio sobre la prestación de cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente hospitalizado.

Teóricamente, esta investigación se fue perfilando y estructurando sobre un marco referencial sólido, en cuanto la temática del Cuidado que suministra la enfermera(o) de cuidado directo (ECD) durante la estadía hospitalaria del paciente en cualquier área de hospitalización y la percepción de este, manifestada como agrado o desagrado, conocida como Satisfacción.

Por lo tanto en lo social, se cree que este estudio es importante, porque la enfermería ha avanzado en la preparación técnica científica, y en las responsabilidades del ejercicio profesional dentro de condiciones que no pongan en riesgo la vida del paciente, la calidad humana, técnica del cuidado y la capacidad del profesional, por lo que se quiso conocer el desenvolvimiento de las acciones y atenciones de las enfermeras(os) de cuidado directo en su ámbito humanístico junto al paciente en el área intrahospitalaria, donde la satisfacción del paciente y familiares es conocida como la opinión del usuario.

Asimismo, en lo científico, se considera que el estudio es significativa, en vista que el cuidado de enfermería se aplica bajos fundamentos rigurosos del método

científico; por lo que desde la perspectiva de la satisfacción del paciente, se cree que es un aporte valioso, al conocer estadísticamente el nivel de agrado o desagrado con que el paciente percibe el cuidado suministrado por la enfermera(o) de cuidado directo cualquiera sea su condición de salud en el área hospitalaria donde se encuentre.

Al nivel gremial, se vislumbra que esta investigación es relevante ya que la competencia y conocimientos de la enfermera de cuidado directo a en quien se le delega funciones dirigidas al paciente hospitalizado, debe promover el respeto a la profesionalidad, a la dignidad, derechos y valores del paciente, así como todos los miembros del equipo de trabajo que laboran en el fin de restablecer la salud del paciente intrahospitalario.

De igual manera, en lo institucional esta investigación se considera importante, porque aportará elementos a la supervisión de enfermería, de manera que pueda contribuir en el progreso que redunde en beneficio de quienes reciben los servicios como es el paciente hospitalizado, haciendo las debidas correcciones al personal que suministra los cuidados directo.

Por último, en la gerencia administrativa del cuidado de enfermería, presentará la realidad del cuidado que suministra la ECD en relación a la satisfacción que percibe el paciente hospitalizado en el área asistencial. También podrá servir como referencia para las futuras investigaciones de los profesionales de enfermería.

CAPÍTULO II

MARCO TEÒRICO

En este capítulo se presentarán los antecedentes de la investigación, relacionados con la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo y la satisfacción del paciente hospitalizado. Bases teóricas, Sistema de Hipótesis Sistema de Variables y su Operacionalización, Definición de términos básicos.

1.- RESEÑA DEL HOSPITAL TIPO I DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ

A mediados del año 1942, el “Hospital José Elías Landinez” era un dispensario rural que funcionaba en una casa ubicada en un terreno que actualmente ocupa la Escuela Primaria” Carmelo Fernández”, ubicado en la calle la Línea, en Aroa del Municipio Bolívar, Estado Yaracuy.

En el año 1983, en el gobierno del Dr. Luis Herrera C., el dispensario cambia de categoría, convirtiéndose en Centro de Salud a Hospital Tipo I, manteniendo el mismo nombre dado a que cumplía todos los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud y Asistencia Social, con el número poblacional aproximado de 5.000 a 7.000 mil habitantes incluyendo las áreas de influencia y servicios activos.

A finales del 1984, durante el primer mandato presidencial de Carlos Andrés Pérez, se da inicio a la nueva sede del Hospital Tipo I Dr. José Elías Landinez, en un terreno de 3 a 4 hectáreas de extensión ubicado en la Calle Principal del Sector

Curagüire, adyacente a la urbanización Simón Bolívar, siendo donado por las autoridades municipales de ese entonces. Hasta ahora existen áreas sin concluir por falta de presupuesto.

El proyecto original tenía una capacidad para 90 camas, lográndose parte de su culminación para una edificación de 45 camas, el área administrativa quedó distribuida en un espacio de 19.872m² de construcción y 2000m² de áreas verdes y obras no concluidas. En este mismo orden, de ideas, en el año 2004 fue clasificado como Hospital Tipo I por Prosalud, teniendo varias especialidades como: Gineco-obstetricia, Cirugía General, Traumatología, Cirugía Pediátrica, Medicina Interna, Pediatría, Dermatología, entre otras.

En cuanto a recursos materiales médico quirúrgico, ambulancia, medicamentos a nivel general, son suministrados por la Región de Bienes Nacionales y Prosalud. Para el año 2008-2009 el Hospital Tipo I, cuenta con aproximadamente 284 trabajadores entre empleados y obreros (fijos y contratados). Los servicios son: Emergencia, Hospitalización, Quirófano, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Traumatología, Oncología, Anestesiología, Epidemiología, Dermatología, Radiología, Laboratorio. Odontología, Farmacia, Inmunizaciones, Higiene del Adulto, Pre y Postnatal, Medicina Familiar, Servicio de Dietética.

También se cuenta con un Departamento de Historias Médicas, Laboratorio. Otros son, Jefatura de Enfermería, Dirección General. Servicio de Administración de Personal, Administración y Finanzas, Servicio de Bienes Nacionales, Servicios Generales, Control de Suministro, Depósito General y Farmacia, Control de Citas.

Para el 2010 se crea el Banco de Sangre. En este sentido, la estructura organizativa del Hospital Landinez, se presenta como una organización de tipo lineal funcional en forma piramidal, el cual representa los diferentes niveles jerárquicos,

siendo su máxima autoridad el Director del Hospital, el cual delega sus funciones en el Subdirector, la Supervisión de Personal conjuntamente con la Gerencia de Enfermería, además de la existencia de otras coordinaciones.

Actualmente proporciona atención a más de 350 usuarios diarios distribuidos en las distintas especialidades, sin olvidar los ingresos a hospitalización que surgen de Emergencia, como de la Observación de Adulto o Pediátrica, Sala de Parto, Cirugía que ameritan la atención las enfermeras (os) de cuidado directo.

2.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Valderrama O. y Menacho K. (2010), presentaron un estudio titulado: Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el Servicio de Emergencia. Hospital de Barranca, Perú. Cuyo objetivo fue determinar la asociación del cuidado humanizado de Enfermería y la satisfacción de los familiares de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia. Material y métodos: estudio descriptivo correlacional en forma aleatoria.

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

El análisis del estudio reveló que el 59,9% del personal de Enfermería en el Servicio de Emergencia brinda una atención con cuidado humanizado, mientras que el 40,1% brinda una atención sin cuidado humanizado. El 43,6% del personal de

Enfermería contratado no brindó un cuidado humanizado, mientras que del personal nombrado, solo el 20,5% no brindó un cuidado humanizado, diferencia significativa ($p: 0,004$).

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

González M, e Ibarra F. (2007) presentaron un estudio titulado: Actitud y conocimiento del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente geriátrico en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Perú, cuyo objetivo fue evaluar la actitud y nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería respecto al cuidado del paciente geriátricos. Tipo de estudio descriptivo, de corte transversal, se realizó entre los meses de febrero a marzo del 2007 y participaron 36 enfermeras(os), utilizándose como instrumentos un cuestionario que mide conocimientos y una encuesta basada en la escala de likert para evaluar actitudes hacia el cuidado del paciente geriátrico.

Los resultados demostraron que más del 75% de los participantes muestran actitudes positivas hacia el cuidado del paciente geriátrico. Las preguntas que tuvieron mejor satisfacción promedio fueron las relacionadas a la actitud frente a un paciente en estado crítico manifestando estar de acuerdo en realizar las medidas terapéuticas necesarias para preservar el estado de salud previo; y en qué deberían

realizar mejoras en la relación de la enfermera con la familia y/o cuidador del paciente geriátrico, para así motivarlos y educarlos sobre el cuidado del adulto mayor.

Asimismo, cuatro componentes explican el 76.9% de la varianza de las opiniones extraídas por el modelo factorial, es decir 4 perfiles o patrones de enfermeras. Existe una correlación positiva débil y no significativa ($r = 0.28$, p valor 0.094) entre el puntaje de la prueba de conocimiento y los puntajes de componente I. Casi la misma correlación se observa con los conocimientos y el componente III. Por lo tanto, la actitud y conocimiento del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente geriátrico se correlacionan con la preservación del estado de salud previo a la enfermedad aguda, siendo la motivación realizar mejoras en la relación enfermera-paciente - familia y/o cuidador determinantes para el cuidado del paciente geriátrico.

Los datos presentados anteriormente fueron importantes para esta investigación, ya que tuvieron relación con el tema estudiado, con respecto a las actitudes de la enfermera(o) de cuidado directo hacia el paciente hospitalizado, teniendo como factor importante el conocimiento que debe tener el profesional para brindar cuidado al paciente geriátrico.

En este mismo orden de ideas, Fernández H. y Escobar D. (2006), presentaron un estudio sobre: Cuidado Proporcionado por la Enfermera y Satisfacción del Enfermo Hospitalizado en una Institución Privada de Valencia, donde el objetivo fue determinar la relación que existe entre el cuidado proporcionado por la enfermera, en sus factores: cuidado técnico y cuidado afectivo y la satisfacción del enfermo hospitalizado, en sus factores seguridad y protección.

El tipo de estudio fue descriptivo ex post facto correlacional. La población estuvo conformada por 200 enfermos ingresados en el área de hospitalización por periodo de un mes y la muestra fue conformada por 50 enfermos adultos de ambos sexos, conscientes que requirieron más tres días de hospitalización, representando el 25% de la población estudiada. La recolección de la información fue a través de un cuestionario estructurado en tres partes: la primera con los datos demográficos, la segunda correspondió a la primera variable que contenía 23 ítems, y la tercera con 35 ítems, con alternativa de respuesta en la escala de Likert.

Los análisis estadísticos se hicieron mediante la aplicación de las frecuencias y el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados indicaron que existe una relación significativa entre ambas variables la primera en sus factores, cuidado técnico y cuidado afectivo y la segunda en la satisfacción del enfermo en sus factores de seguridad y protección, donde la enfermera tiene un protagonismo importante para la recuperación y la salud del paciente hospitalizado.

De modo que, el estudio presentado explica claramente cuales parámetros fueron medidos, no obstante la satisfacción del paciente tiene que ver con las atenciones recibidas por parte del personal asistencial a través del cuidado directo que encierra las habilidades técnicas y científicas sin olvidar la seguridad y protección del usuario, así como el afecto y empatía en la relación enfermera-paciente. Por lo que este estudio fue considerado significativo para esta investigación.

Igualmente, Gutiérrez S. y Chulula G., A. (2008), hicieron una investigación con respecto a: Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en un Servicio de Cirugía General de Segundo Nivel, México. El objetivo fue conocer la satisfacción de los pacientes suministrados por enfermería relacionándolo con otro equipo de salud. El tipo de estudio fue transversal, prospectivo y analítico. Se aplicó en forma

ciega un cuestionario estructurado con 51 ítems, al egreso a 263 pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía.

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

En este contexto, se puede decir, que este resumen fue relevante para esta investigación, ya que estudia la satisfacción del paciente atendido en un hospital por distintas personas incluyendo el personal de enfermería; esto demuestra que, todos los trabajadores de salud, sin excepción, son considerados importantes en la recuperación y el cuidado integral del paciente para llegar a un egreso satisfactorio, y que éste se sienta verdaderamente satisfecho de la atención recibida por todos aquellos que le brindaron apoyo en los distintos momentos de su hospitalización.

Otro hallazgo es, el de Contreras N. R., y Coronado M. M. (2008), quienes efectuaron un estudio descriptivo transversal, titulado: Satisfacción con el Cuidado de Enfermería en el Adulto Mayor Hospitalizado. Hospital General México; esta satisfacción fue valorada a través de la relación Enfermera-paciente, comunicación efectiva, información oportuna y habilidad técnica profesional. En vista que el adulto mayor es un grupo vulnerable que requiere cuidado de Enfermería de calidad, el objetivo primordial fue identificar la satisfacción del adulto mayor bajos los cuidados de Enfermería.

En la investigación, participaron 45 adultos mayores de 70 años hospitalizados en Medicina Interna y Cirugía de dos instituciones de salud, el Hospital General de la Secretaría de Salud (62.2%) y el Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social

(37.8%); en los servicios de Cirugía (57.8%) y Medicina Interna (42.2%). Mediante entrevista se aplicó una escala de Likert de 23 reactivos con cinco categorías: de completo acuerdo (5) a total desacuerdo (1). A mayor puntuación mayor satisfacción. Procesamiento y análisis con programa estadístico.

Los resultados obtenidos. Completo acuerdo: Enfermera agradable con el paciente (62.2%), debería ser más atenta (60.0%), se siente mejor al conversar con ella (75.6%), le explica en lenguaje sencillo (73.3%), brinda información sobre exámenes (68.9%). Total desacuerdo: le molesta cuando la Enfermera le habla como si fuera niño (60.0%). Alta puntuación (85%) en evaluación general de satisfacción con el cuidado de Enfermería. Coincidente con estudios previos en que a mayor edad mayor satisfacción con el cuidado de Enfermería.

En tal sentido, este antecedente tiene relación con este estudio, en vista que la atención de enfermería es percibida directamente por el adulto mayor desde diferentes perspectiva, ya que en ella intervienen la comunicación, la información clara y sencilla de la enfermera, la decisión del adulto, por lo que todo lo anterior puede redundar para la satisfacción del paciente hospitalizado y ser tomada en cuenta por la (él) ECD.

Asimismo, Quintero G. y Rodríguez J. (2009) realizó un estudio titulado: La Satisfacción del cliente como un indicador básico de la calidad del servicio de hospitalización basado en la opinión de sus usuarios, en el Hospital La Carlota, México. Donde el objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del usuario con el confort, procedimientos técnicos, relaciones interpersonales y religiosidad.

El método se basó en una investigación descriptiva, transversal y mixta, basada en una encuesta de satisfacción administrada a una muestra de 137 usuarios, entre pacientes y familiares. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el nivel de satisfacción es aceptable (89%), encontrándose mayor satisfacción en los pacientes con respecto a sus familiares en los aspectos de religiosidad ($t(70) = -2.621, p = .11$) y procedimientos técnicos ($t(26) = -2.685, p = 0.012$).

Los pacientes hospitalizados fueron satisfechos con las relaciones interpersonales y procedimientos técnicos del personal del área de hospitalización, aunque el confort no sea el más adecuado. Así mismo los familiares y los usuarios en general se muestran muy satisfechos con las habilidades, conocimientos y pericia del personal de enfermería, aunque se observan carencias en algunos aspectos de religiosidad.

Se puede afirmar que, el antecedente presentado tiene relación con esta investigación, ya se estudiaron múltiples factores concernientes al que debe suministrar enfermería al paciente hospitalizado. Por lo que puede ser considerado significativo, porque la percepción que tenga el paciente y los familiares de los servicios prestados por enfermería da respuesta a la satisfacción que este pueda tener antes de egresar del establecimiento de salud.

3.- BASES TEÓRICAS

Es el contenido teórico que fundamenta esta investigación, de acuerdo al problema u objeto de estudio. Su estructura surge de acuerdo a las variables que emergen de la temática o el enfoque del enunciado del problema, por lo tanto se procedió a señalar el contenido que ocupó cada uno de los aspectos que lo conforman.

GERENCIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

A simple vista podría parecer que la administración y la enfermería no son disciplinas que tengan nada en común, y podría aún pensarse que definido el trabajo de enfermería, la administración es innecesaria, pero ninguno de estos extremos tiene validez porque aunque la enfermería es una profesión que está claramente definida en cuanto a sus objetivos y modo de ejecutarla, ciertamente el proceso administrativo no puede desligarse de la misma, porque con la aplicación puede hacer aún más eficaz el trabajo del profesional.

De manera que el aprovechamiento de los preceptos básicos de administración aplicados a la enfermería se convierte en una producción de recursos que redundan en beneficios, tanto para el profesional al realizar el trabajo de manera eficaz como para el paciente que lo amerita. Asimismo, la planificación de la organización se obtiene mediante la adecuada gerencia, permitiendo interactuar mejor a todos los que forman parte del sistema de salud, promoviendo el liderazgo en cada área, haciendo fácil e importante el éxito en cualquier actividad a través del trabajo en equipo y por objetivo.

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

En atención a este aspecto es necesario resaltar que la tendencia de las organizaciones del siglo XXI, es de eliminar la jerarquía funcional como los límites departamentales y fusionar de manera integradas las coordinaciones que trabajen con un fin común. En relación a esto, el autor señala, que existe una organización horizontal, el mismo autor, la describe como "una estructura plana que tiene pocas capas administrativas entre el directorio y los empleados" (pág. 240), esto puede permitir que pueda haber mejor interrelación entre las partes.

Para ilustrar estas ideas, se tiene lo que expresa Robbins, S. (1994) que describe la gerencia como un proceso que permite llevar a cabo el trabajo con eficiencia y eficacia, a través de las personas. De allí, que el personal que dirige debe tener claro, que no se puede trabajar solo, que su línea de movimiento debe estar dirigida a actuar a favor de la articulación social, que le permita trabajar con las personas con una amplitud que contribuya a implementar un modelo de trabajo creativo. De manera que el trabajo de gerencia administrativa tiene efectos transformadores en una organización y en la sociedad.

Igualmente, el mismo autor puntualiza que, planificar implica que los administradores piensen con antelación en sus metas y acciones, y que basen sus actos en algún método, plan o lógica, y no en corazonadas. Asimismo, refiere que la organización, como los seres humanos tiene esqueleto que describe su forma, de ese mismo modo las organizaciones tienen estructuras que definen la suya, con una estructuración técnica entre las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de los elementos materiales y humanos de un organismo social, con el fin de lograr su máxima eficiencia dentro de los planes y objetivos señalados.

También, describe que la dirección, es el elemento de la administración en el que se logra la realización efectiva de lo planeado, por medio de la autoridad del directivo, ejercida a base de decisiones. Por último, está el control, que no es más que

el proceso de vigilar actividades como fueron planificadas y corrigiendo cualquier desviación significativa. De modo que todo gerente debe participar en la función de control, aun cuando sus unidades estén desempeñándose como se proyectó.

Por lo tanto, la enfermera(o) que realiza el papel de gerente debe guiar las actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, como la economía y las políticas de salud, así como las teorías y los principios relativos a estas disciplinas, todo ello es necesario para la práctica administrativa del cuidado de enfermería sea efectivo. En tal sentido, la enfermera responsable de la gestión administrativa, debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica en el servicio de los cuidados.

Asimismo, en el Grupo de Cuidado, Torres S. (1998), dice que la administración o gerencia surge del poder intangible que posee el hombre en su naturaleza, que a su vez lo hace único, trascendente y autónomo para decidir el logro de sus metas personales y sociales. De modo que, el cuidado y la gerencia de enfermería ya sea como ciencia, como arte o como profesión, tiende a dar respuesta socio laboral; en sí, al ser una ciencia o un arte, ambas requieren de fundamentación teórica, de conocimientos propios para responder con claridad sus definiciones y aplicaciones técnicas y éticas del cuidado.

De igual manera, la misma autora mencionada del Grupo de Cuidado, resalta que la enfermera(o) que ejerce funciones de supervisión debe emplear una combinación de habilidades conceptuales, de relaciones humanas y técnicas, para hacer frente a diferentes situaciones de manera positiva, sin crear conflicto entre las partes que dirige; sean situaciones en las interrelaciones de los profesionales, como en el ámbito administrativo y clínicos, aprovechando el talento humano, la empatía y la

ética profesional de los que laboran a su cargo, que incluye, de igual manera la toma de decisiones en un área específica.

Igualmente plantean, que la gestión administrativa, es intransferible ya que requiere de un criterio profesional que, desde su planificación hasta su ejecución, responda a estándares éticos, jurídicos, científico y técnicos, que sólo se alcanzan con una formación superior impregnada de la tradición y evolución histórica de la enfermería, la gestión sólo será delegable a otra enfermera o enfermero con la misma preparación profesional, por lo tanto, en cada área de servicio la enfermera(o) la coordinadora(or) es la responsable de la gestión del cuidado.

Es por ello, que Meleis A. (1989) refiere, que la enfermera gestora de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura en la organización que favorezca la práctica de los cuidados, de manera tal que sirva para seleccionar el personal con formación, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería, apoyar al personal cuidador en su labor de cuidar en forma individualizada al paciente y familia.

En tal sentido, la enfermera(o) que ejerce el rol de gerente debe tener en cuenta todas las habilidades del personal que dirige, con el fin de hacer que el profesional desarrolle sus potenciales como cuidador en el área asistencial. Bien lo declara Zarate (2004) cuando considera que los valores y actitudes en la gestión administrativa de los cuidados, se fundamenta en las acciones de enfermería basada en un liderazgo, comprensiva, bajo un clima de trabajo favorable y participativo, fomentando el trabajo en equipo, haciendo partícipe a su personal en la toma de decisiones.

Asimismo, sin olvidar que la finalidad del proceso administrativo en enfermería, Balderas, M. (1995) puntualiza que la supervisión es "una dirección democrática que orienta los esfuerzos y acciones del personal supervisor al logro de

los objetivos organizacionales a través de las potencialidades del supervisado" (pág. 15). Esto puede aseverar que el rol de supervisora de enfermería es protagónico, porque se requiere de un liderazgo que le permita mantener a sus seguidores entusiasmados en sus labores diarias a fin de que se muestren satisfechos por sus actividades realizadas, generándose así mayor calidad de cuidado en los servicios brindado.

De allí que, la enfermera supervisora debe conocer y poder implementar las etapas del proceso administrativo para estar en capacidad de decidir qué actividades se deben llevar a cabo, que miembros del equipo de trabajo intervendrán en dichas actividades, donde ubicarlos y cuando capacitarlos, de esta forma se realizará el trabajo requerido que permitirá alcanzar las metas establecidas, todo esto amparado en la conducción impecable de la enfermera en el área administrativa.

Por otra parte, Escobar (2004), al hacer una disertación sobre, señala que la gestión del cuidado, es un proceso administrativo, el cual tiene dentro de sí múltiples funciones, como el coordinar todos los recursos a través de la gestión gerencial, a fin de lograr los objetivos establecidos por la organización donde el centro de atención integral es el paciente hospitalizado el cual amerita el cuidado de enfermería de manera óptima.

De igual manera, la autora señala que, la administración es vista por distintos autores, en cuatro periodos; el primero de ellos, señala que la administración está centrada en la producción de bienes; el segundo, que está concentrada en el recurso humano, que es el máximo rendimiento de competencia, responsabilidad, respeto y autonomía; el tercero, está orientado al logro y resultados de las actividades que se desarrollan en el menor tiempo posible; y el cuarto periodo, está basado en la tecnología, las comunicaciones y las tomas de decisiones por los profesionales de enfermería.

Por lo que se puede deducir, que la gerencia en el cuidado de enfermería, no se limita a quienes se encuentran desempeñando un cargo, sino a todo aquel que tenga responsabilidad de conducir o guiar grupos de personas con un fin común, donde se desarrollen acciones de planificación, organización, dirección y control con mayor o menor complejidad, esto es, en otras palabras, planificar acciones que vayan dirigidas a la atención del cuidado directo o indirecto que la enfermería suministra al paciente hospitalizado.

De igual manera, Escobar resalta, que la visión de un gerente cuidador, debe estar basada en crear un ambiente de cuidado óptimo para el paciente hospitalizado, el cual debe incluir: un medio físico, administrativo y social. Es decir, el medio físico debe estar dotado de ventilación, iluminación, limpieza, ambiente agradable, además, de cama clínica, parales entre otros.

Por otro lado, el medio administrativo, debe asegurar todos los recursos posibles y materiales necesarios, adecuados y suficientes para quien lo requiera, y el medio social, que incluye el talento humano disponible, deberá mostrar cohesión, competencia, solidaridad y satisfacción en las acciones que desarrolla hacia el paciente que amerita cuidados especializados, y que además se refleje la calidad humana por parte de aquel que provee el cuidado, esto es, la enfermera(o).

En cuanto a la dimensión administrativa la misma autora señala, que el administrador es un cuidador indirecto en el sentido que es responsable de crear un ambiente impregnado de cuidado humano, que incluye; un clima respetuoso, participativo, agradable, flexible entre los miembros que conforman la organización. De manera que las acciones de enfermería dirigidas a la administración de los ambientes del cuidado de los pacientes son interdisciplinarias y toleran la efectividad de las intervenciones del cuidado directo; por lo tanto, puede considerarse importante las acciones del cuidador directo como el cuidador indirecto

CUIDADO DE ENFERMERÍA

Para comprender adecuadamente el significado del término cuidado, resulta muy útil la exploración etimológica de dicho término, pues la procedencia permite ahondar en la raíz última de la palabra, en su sentido originario. El cuidado deriva del latín *cura* que significa, pensar, colocar atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y de preocupación.

Según, Boff, L. (2003), el cuidado está vinculado con “la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otra persona. Por lo tanto la palabra cuidado se deriva del verbo cuidar (del latín *coidar*)” (pág. 67). En su forma más antigua, es *coera* y era usada en un contexto de relación de “amor y de amistad, actitud de cuidado, de desvelo, de preocupación y de inquietud por la persona amada o por el objeto de estimación” (pág.70). Por lo tanto el cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

En este contexto, Waldow, V. (1998), señala, que el verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar; aun en un significado mucho más amplio se refiere básicamente al aspecto humano. Es decir, para esta autora, el cuidar significa: preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar, cautela, celo, responsabilidad, entre otros; entonces se puede interpretar que el cuidado es una palabra muy amplia, que se puede ver desde varios puntos de vista. Por lo tanto, el cuidado es la acción encaminada a hacer algo por alguien que no puede desempeñarse por sí mismo, como sus necesidades básicas: alimentación, higiene personal, comodidad, movilidad y otros.

Por su parte, Collière M. F. (1999) afirma que cuidar es, ante todo un acto de vida, ya que cuidar representa una infinita variedad de actividades de enfermería

dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que esta se continúe y se reproduzca. De ahí, que la Enfermera, realiza una serie de acciones por medio de las cuales brinda cuidados a los pacientes ayudándolos a satisfacer sus necesidades mediante: las acciones de cuidado directo e indirectos

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

En segundo lugar, el cuidado, es categorizado como un imperativo moral o ideal; por lo tanto es considerado como una virtud moral; que involucra el bien del paciente y la manutención de su dignidad, respetándolo como ser único. Visto así, el cuidado para enfermería es considerado como una práctica que busca el bienestar del otro. La tercera categoría es, el cuidado es semejante al afecto, ya que involucra emociones, sentimientos de compasión o empatía para con el paciente, que motivan a la enfermera(o) a ofrecerlo; se presentan deseos, sentimientos que influyen en el estado emocional que afectarán la interacción positiva o negativamente.

Asimismo, la cuarta categoría el mismo autor señala, el cuidado como acción terapéutica de enfermería, donde la enfermera debe detectar y satisfacer las carencias manifiestas del paciente, campo en donde se deben enfatizar las competencias y habilidades con relación al cuidado que promueven la autonomía, el autocuidado, la información, la compasión y la promoción a la vida.

Por último, la misma autora puntualiza que está la quinta categoría conocida como, el cuidado como una relación interpersonal o interacción personal: existe una comunicación, de confianza, de respeto y compromiso de uno con el otro. Cuando

esto ocurre, ambos se enriquecen. La integración de los sentimientos compartidos establece la posibilidad de dar o recibir ayuda.

Desde estas perspectivas se cree que la interacción enfermera-paciente es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación. En tal sentido, la complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana y social, en el diálogo y la interacción recíproca enfermera - paciente, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y desarrollo humano, con una manera particular de entender y definir la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

De la misma manera, Morse además de las perspectivas ontológicas o dimensiones mencionadas anteriormente; añade, el vínculo enfermera-paciente, donde los conocimientos, habilidades y actitudes son necesarios para el establecimiento de las relaciones interpersonales genuinamente humanas. En tal sentido, la enfermera(o) que cumple el rol de ayuda al paciente cuidado, debe desempeñar los tres pasos siguientes: ser impactado, ser tocado, ser motivado.

Cuando el autor refiere, ser impactado, tiene que ver con la responsabilidad del cuidado de una persona, ya que no es una persona más con que la enfermera(o) se pone en contacto, sino que es un enfermo que requiere toda la dedicación para poder brindarle ayuda; esto quiere decir, que la enfermera(o) debe centrar su atención en el paciente.

Igualmente, el ser tocado, está relacionado con la comprensión empática entre la enfermera y el paciente, esto es, relacionarse con la realidad profunda que vive el enfermo. Por consiguiente, Ser motivado, tiene que ver con el interés y no con la indiferencia que pueda tener la enfermera(o) sobre la condición que presenta el enfermo, este puede ser impactado por la atención que le brinda el cuidador.

Bien lo refiere, Meleis A. (1989), cuando manifiesta, que el cuidado de enfermería es "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud" (pág. 122); es decir, que el cuidado es una movilización humana de las personas que proporcionan cuidados, donde interactúan mutuamente, el paciente y la enfermera(o), de manera que se pueda conjuntamente con el equipo de salud cumplir los requerimientos que se exige para favorecer la salud del paciente.

En tal sentido, la misma autora refiere, que el cuidado de enfermería carece de significado si sólo se constituye de conocimientos técnicos sin considerar las necesidades del paciente. Esto no significa abandonar la técnica, las habilidades y las destrezas necesarias para el cuidado del ser humano; el conocimiento y el dominio de los mismos son de importancia. Por lo tanto, el cuidado de enfermería debe estar integrado por la dimensión humana y la técnica dando una congruencia de las dos dimensiones en el cuidado de enfermería.

En este mismo contexto, Medina J.L. (1999) refiere que, el cuidado se puede ver desde tres percepciones: emocional, transaccional, existencial. Desde el contenido emocional de las interrelaciones enfermera-paciente, señala que el cuidado, es cuidar o tomar contacto; es el elemento esencial en la relación donde se debe tener la capacidad para empatizar o sentir desde el paciente, de modo que ese ser humano que necesita de la ayuda profesional en su totalidad, a su egreso hospitalario salga fortalecido de seguir estableciendo relaciones significativas.

Otra percepción que puntualiza el autor, es la transaccional y de desarrollo, esta es donde la enfermera (o) obtiene crecimiento personal a partir de la relación con el enfermo; es decir, el cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera(o) y el

paciente se ayudan mutuamente para desenvolverse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar.

Por último, el autor especifica la percepción existencial, esta determina los atributos generales del cuidado. Cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer las necesidades; el cuidado debe ser entendido como ayuda a otra persona que permite el desarrollo, de la misma manera que la amistad aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de las relaciones enfermera-paciente.

Al considerar cada una de las percepciones descritas anteriormente se puede decir, que el cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objeto va más allá de la enfermedad del paciente, ya que el cuidado es la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor sino también la enfermera(o) que suministra el cuidado.

Por consiguiente, Mayeroff (1971) describe ocho componentes del cuidado que son:

1. Conocimiento: Para cuidar de alguien, se debe conocer muchas cosas. Conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles son sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; es preciso saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones.
2. Ritmos y limitaciones: No se puede cuidar apenas por hábito; debe ser capaz de aprender y compartir experiencia.
3. Paciencia: Componente importante del cuidado, con paciencia se da tiempo y se posibilita al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo. La paciencia incluye la tolerancia, expresa el respeto y el crecimiento del otro.
4. Sinceridad: Al cuidar al otro, se debe ver al otro como él es, no por conveniencia, sino porque la sinceridad es parte integrante del cuidado.
5. Confianza: Al cuidar de otra persona se debe confiar o en que él va a errar y va a aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.
6. Humildad: El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre sí

mismo, sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado. 7. Esperanza: Existe la esperanza de que el otro crezca a través de mi cuidado. Tal esperanza es una expresión de plenitud presente. 8. Coraje: Confiar en el crecimiento del otro y en mi propia capacidad de cuidar, pero también es verdad que sin el coraje de lanzarme a lo desconocido tal confianza sería imposible (pág. 33).

Estos componentes del cuidado son la inmersión de sí mismo en beneficio de otro (persona, grupo o institución), fuera de ser considerado como un beneficio personal. En tal sentido el personal de enfermería podría o puede estar dotado de todas estas cualidades y habilidades humanas como parte de los valores que deben conformar y caracterizar a cada profesional en el servicio específico donde labora, ellos redundarían para el beneficio del paciente y del suyo propio.

Por consiguiente, Bettinelli, L. (1998) argumenta que, “en el cuidado solidario hay una disposición de ayuda mutua entre el personal de enfermera y el paciente, que eleva sus niveles de conciencia y posibilita el fortalecimiento de las relaciones de sociabilidad y contribuye para el restablecimiento de la salud” (pág. 45). Es por esto, que la enfermera(o), debe ser una persona humana, que sienta el dolor de las personas que cuida, de modo que al brindar amor a través de las manos, transmite el ser sensible de corazón, y de comprender al prójimo, brindándole cariño y afecto.

4.- PRESTACIÓN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

La profesión de enfermería para Fernández y Escobar (2006), es considerada como una labor que intenta ayudar a las personas a recobrar el bienestar completo biopsicosocial, mejorando su calidad de vida y cuidando de esta. Es decir, que se preocupa del hombre desde el punto de vista holístico integral que cumple con algunas características que se aprecian claramente y otras no, siendo eminentemente

una profesión de servicio a la persona con deterioro en la salud que necesita ser restablecida.

Es por esto que, la prestación de cuidado de enfermería en los servicios asistenciales, están enfocados mediante un manejo integral, oportuno, pertinente y eficiente dirigidos al enfermo, basado en principios de humanización, seguridad y compromiso con actividad docente; todo ello en pro de satisfacer las expectativas del paciente y familia durante el proceso de atención en el área asignada; así mismo garantizar el manejo racional de los recursos disponibles para cubrir las demanda del paciente hospitalizado o cualquiera sea su condición.

Por su parte, Arroyo de C. (2002) señala que, la prestación del cuidado en la función asistencial al paciente hospitalizado es responsabilidad de la enfermera(o). Este personal representa el 60% del recurso humano en la mayoría de las instituciones; son los que pasan más tiempo con el paciente, brindándole múltiples cuidados, desde el apoyo emocional, drenaje postural, cambio de apósito, entre otros, hasta estar en los momentos más críticos en la vida del paciente.

En tal sentido, la prestación de cuidado directo, para este autor, puede incluir cualquier aspecto de interés de la salud de un paciente, incluyendo los tratamientos, asesoramiento, auto-cuidado, educación, la administración de la medicación, rehabilitación, entre otros. Los cuidados al paciente de diferentes patologías, según la edad, cambios de posición, curación de heridas, ejercicios activos y pasivos van a estar de acuerdo a la planificación diarias de actividades controladas por la coordinadora del servicio conjuntamente con el equipo que está a su cargo.

En este mismo sentido, la asistencia de enfermería no solo es necesaria en momentos de enfermedad, sino también para proporcionar el bienestar, ya que en el pasado la atención de enfermería se centró en la asistencia de los enfermos hospitalizados durante las fases agudas o crónicas de su enfermedad y durante la rehabilitación; sin embargo, en la actualidad, la práctica de la enfermería incluye también la promoción, el mantenimiento de la salud y la asistencia, pero con gran relevancia en la rehabilitación y satisfacción del usuario.

Al respecto, Henderson (citada por Marriner, 2003), afirma que, la enfermera(o) de cuidado directo cumple funciones independientes, interdependientes y dependientes, además que reconocer catorce necesidades del paciente; es decir, la enfermera(o) tiene la responsabilidad de “ayudar a recuperar la salud al enfermo, o si no es capaz de aliviar el dolor, lo ayuda a morir con tranquilidad” (pág. 198).

Esto quiere decir, que la enfermera(o) asiste al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que favorecen a la salud o la repercusión; o ayudarlo a concretar las tareas que él podría realizar sin ayuda, si tuviera las energías y fuerza de voluntad o conocimientos necesarios.

Por otra parte, las funciones independientes o propias, son aquellas que enfermera (o) ejecuta en el cumplimiento de las responsabilidades de una profesión para la cual está capacitada y autorizada. Las funciones dependientes o derivadas son aquellas actividades que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente médicos, y las funciones interdependientes son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería al paciente en colaboración con el resto del equipo de salud.

TEORÍAS DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN AL CUIDADO

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

Es importante del mismo modo saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad. Por lo tanto es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente. De manera que la estructura conceptual y la filosofía de la teoría o modelo se encuentra ubicada en una línea staff, como un conjunto de creencias, valores y lo que las enfermeras(os) asumen como verdadero, respecto al fenómeno de interés para la disciplina del cuidado.

Esto puede interpretarse, que así como para una enfermera del área de psiquiatría le interesaría la aplicación del Modelo de relaciones interpersonales de Peplau, a una enfermera clínica le interesará aplicar el Modelo de déficit de autocuidado de Orem, sin embargo es importante aclarar que no ayudara a resolver todos los problemas suscitados en cada una de las áreas de las necesidades humanas, sino facilitará el entendimiento de algunos aspectos de la práctica desarrollada para el cuidado.

Es por ello que en este estudio se hicieron referencias a varios Modelos y Teorías de Enfermería señaladas por Marriner Tomey A. (2003), todas ellas

relacionadas al cuidado, que accedió describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina del cuidado, por lo tanto se convirtieron en un elemento indispensable para corroborar positivamente la práctica profesional, el cual debe ser entendida en la línea de la ciencias humanas.

Unas de las primeras teorizantes importantes de mencionar es, Hildegard Peplau que en 1952, desarrolló el Modelo de las Relaciones Interpersonales, en vista que para ella, la salud es promovida a través del proceso interpersonal. Basa su legado en la enfermería psicodinámica, que la define, como la utilización de la comprensión de la conducta del que suministra el cuidado, como es, la enfermera para ayudar a los demás a identificar sus dificultades, esto es, en relación al enfermo.

En otras palabras, esta teoría permite que los profesionales dejen de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad para acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente al sufrimiento, ellos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería. Esto permite que surja una relación entre enfermera paciente que sean capaces de afrontar los problemas que aparezcan de manera conjunta.

Además, Peplau describe cuatro fases en la relación enfermero-paciente, en la cual se va produciendo a lo largo de una interacción entre ambos para entender su problema y así determinar qué tipo de ayuda necesita el paciente. Entre las fases se mencionan: Orientación, donde el individuo tiene una necesidad insatisfecha y precisa apoyo profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.

Otra fase es, la Identificación, donde el paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo (relación). La enfermera hace una exploración de los sentimientos

que ayuda al enfermo a reorientar dichas emociones y a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad para satisfacer sus necesidades.

También está, la fase de Explotación, es aquí donde el paciente obtiene todo lo que se le ofrece a través de la relación enfermera-paciente. Pueden proyectarse nuevos objetivos alcanzables a través del esfuerzo personal. Por último está, la Resolución que de forma progresiva, es donde los antiguos objetivos van siendo desplazados por otros nuevos o buscando estrategias para resolver el problema.

De manera que, esta teoría cuya esencia es la relación humana entre una persona enferma y la enfermera(o), en donde el individuo es considerado como un organismo que vive en un equilibrio inestable, y la vida es el proceso de luchar por lograr un equilibrio estable. Por lo tanto, el rol de la enfermera(o) es fomentar o promover la ayuda necesaria al enfermo con el fin de recuperarlo a través de un cuidado óptimo o ayudarlo a morir dándole el auxilio necesario, por lo que se puede afirmar, que este legado puede ser considerado un aporte substancial para este estudio.

Asimismo, Marriner T. A. menciona también, la Teoría del logro de Metas propuesta por Imogene King, quien en 1945 propone un sistemas abiertos como base para su enunciado. Unió los conceptos esenciales para la comprensión de la enfermería. Su visión hace hincapié en los procesos interpersonales, basándose en la teoría general de sistemas, las ciencias de la conducta y el racionamiento inductivo y deductivo. Tuvo tres necesidades de salud fundamentales: Información sanitaria útil y oportuna, cuidados para prevenir enfermedades y ayuda cuando las demandas de autocuidado no puedan ser satisfechas.

Para King, la enfermera es un profesional que ayuda a través de los cuidados al individuo y a los grupos de la sociedad, con el fin de conseguir, conservar y recuperar

la salud, y si eso no es posible la enfermera ayuda a los enfermos a morir dignamente. Refiere que, el individuo posee tres sistemas interactivos: un sistema personal, interpersonal y social. A su vez, la enfermera es considerada como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y el paciente, influyen en la relación de promover, mantener y restaurar la salud, cuida en una enfermedad, lesión o a un paciente moribundo.

En sí, este es un enfoque orientado hacia una meta, en el que los individuos interactúan dentro de un sistema social. La enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas, el paciente aporta su autoconocimiento y sus percepciones para un mejor entendimiento entre ambos, además, este legado tiene una clara dependencia de las teorías de la psicología, por lo que se cree que va aportar parte de sus principios para darle cohesión y fundamento a la relación que brinda la enfermera de cuidado de atención directa en pro de la satisfacción del paciente hospitalizado.

En este mismo orden de ideas, Marriner, T. cita el Modelo de Doroty Johnson que en 1968, promovió el funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad, fundamentándose en el Patrón de Sistemas Conductuales y apoyándose en la idea de Florence Nightingale, basándose en que enfermera está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión.

Algo que llama la atención, es que Johnson considera a la persona, como un sistema conductual compuesto en una serie de subsistemas interdependientes e integrados, fundamentado en la psicología, sociología y etnología. Según este modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado.

Expresa por otra parte, que la intervención de enfermería sólo se ve implicada cuando se produce una ruptura en el equilibrio del sistema. Un estado de desequilibrio o inestabilidad emocional da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, por consiguiente, la enfermera es responsable del mantenimiento o restablecimiento de la estabilidad del sistema de comportamiento del paciente. Todo lo mencionado puede ser relevante en el momento en que la enfermera (o) suministrar cuidado a pacientes con alteraciones físicas o emocionales.

Asimismo, la misma autora, hace referencia de la Teoría de Martha Rogers, presentado en 1970 como el Modelo de Interacción de los Procesos Vitales, cuyo objetivo es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así las enfermeras(os) que sigan este legado deben fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud.

Por lo tanto, los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados más indicados para alcanzarlos. Sin embargo, esta teorizante considera la función de la enfermería como ciencia humanitaria y arte, ya que sus actividades son encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación de enfermos e incapacitados, para ello se intervendrá sobre la totalidad del hombre, grupo y entorno.

Del mismo modo, Marriner T. A. (2003), cita el legado de Madeleine Leininger que describe la Teoría relacionada con los Cuidados culturales de diversidad y universalidades, siendo a partir de los años 1950 al 1960, que esta estudiosa de la antropología del siglo XX, señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento e interés científico-teórico para la enfermería formulando diversos

conceptos, teorías, prácticas y principios de la disciplina, creando y fundando la llamada Enfermería transcultural.

Para esta teórica, el cuidado de enfermería es definido como, aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de la vida humana. Esto quiere decir, que el cuidado es la esencia y el campo central de enfermería, unificado y dominante que caracteriza a la profesional en su labor diaria exigiendo un tipo de responsabilidad diferente que no altere los patrones culturales del usuario.

También, definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermera que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el patrón de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos a la cultura.

En este mismo contexto, la autora, clasifica en dos tipos el cuidado de enfermería: la primera conocida como, la Enfermería transcultural; que está formada para traspasar las barreras culturales, y la segunda como, la Enfermería intercultural; que se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médico o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Asimismo, Medina J. L. (1999), refiriéndose a la antropóloga Leininger, señala que existen diferencias ontológicas entre las actividades de curar y las de cuidar, estas se basan en la disimilitud de la perspectiva epistemológica y filosófica de la que ambas partes. Los aspectos biomédicos y curativos se basan en una perspectiva

analítica, empírica y experimental, reduciendo lo humano a lo biológico, es decir, que el ser humano es una enfermedad u objeto de estudio.

No obstante, el cuidado tiene una mirada diferente, en donde se ve al sujeto como enfermo-sujeto, antes que su enfermedad-objeto, permitiendo que el sufrimiento que puede ser aliviado no sea ocultado en la profundidad biológica del organismo. Los cuidados reducen las distancias entre los tratamientos y el sentido de la enfermedad, por lo cual, la enfermería se basa en una visión holística, biopsicosocial, centrándose en las respuestas a los procesos mórbidos y de salud.

Es por esto, que el acompañamiento a la persona a quien se pretende generar salud, así como la experiencia en cuánto a armonía y responsabilidad en la gestión de la propia vida, de los propios recursos, de sus límites y disfunciones en cada una de las dimensiones: física, intelectual, relacional, emocional y espiritual y religiosa, es importante tenerla presente en todo el proceso del cuidado humano.

Siguiendo el auténtico desarrollo humano que siempre ha sido sesgado, a través de la historia, en una u otra dirección, es interesante mencionar el Modelo humanístico de Paterson y Zdeerad (1988), proveniente de Escuela de Interacción, que enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos.

En este sentido, la visión teórica propuesta por estas autoras, plantea la honestidad y la apertura de espíritu en las relaciones humanas. Dentro de este marco de referencia humanista, la relación entre el profesional y el paciente se proyecta como una experiencia de respeto mutuo. El profesional debe adaptarse al paciente a fin de que este se sienta libre para expresarse abiertamente como individuo lo que

siente. Asimismo, los tres conceptos que constituyen la base para la práctica de enfermería son: el dialogo, la comunidad y la enfermería fenomenológica.

Por lo tanto para estas teoristas, la enfermería es considerada como un dialogo vivo y ofrece un marco de referencia que envuelve la presencia o renacimiento de un llamado a una respuesta; es un tipo particular de situación humana con una relación interhumana dirigida intencionalmente a nutrir, o bien, el estar conforme con la persona con necesidades evidentes en la relación a las característica de la vida humana. Igualmente, para Paterson y Zdeerad, la teoría se deriva del encuentro existencial de enfermería en el mundo de la atención en salud donde los elementos filosóficos de este legado son:

Los seres humanos entendidos desde una estructura existencial de vivir y ser. El hombre es un ser individual relacionado con otros hombres en tiempo y espacio, tiene obligaciones para con nosotros durante toda sus existencia hasta la interdependencia, se caracterizan por ser capaces, abiertos a opciones, como valor y como manifestación única de su pasado, presente y futuro (pág. 167).

Como se puede entender, este modelo, concibe la salud, como un estado de venir a ser, donde hasta en condiciones de adversidad el ser humano encuentra significado para vivir y la enfermería fenomenológica es propiciadora de esta respuesta a las necesidades del paciente o cliente, auxiliándolo en sus selecciones.

Asimismo, no se puede pasar por alto el Modelo del Cuidado Humano propuesto por Watson (2002), sobre el Cuidado Enfermero, el cual, muestra un interés por el concepto del alma y enfatiza la dimensión espiritual de la existencia humana. Estos aportes destacan la orientación filosófica, existencial-fenomenológica, espiritual, basada en parte en la filosofía oriental; asimismo, adopta el pensamiento de la escuela humanista, existencial y psicología transpersonal.

Esta teoría de enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es considerado un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal y contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos.

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

DIMENSIONES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

En razón de la complejidad del concepto de cuidado, el mismo no ha sido solamente una preocupación de los estudiosos de la enfermería, lo es también de otras áreas de conocimiento como la filosofía, la teología, la educación, la psicología y la antropología. Sin embargo, es en la enfermería que este se sobresale, como esencia y razón mayor de su existencia, como disciplina de la profesión.

En este orden de ideas, cuando se estudian las dimensiones del cuidado de enfermería, se habla de los fundamentos a través de las cuales, la enfermería se ha convertido en un lenguaje universal con respecto al cuidado que se brinda al paciente; también ilustran las necesidades y estrategias en el área de salud basándose

primordialmente en el enfoque humanístico, psicológico y espiritual del ser humano y de los modelos prácticos dominantes de distintos autores que las formulan para que sean útiles a aquellos profesionales de la enfermería que deseen llevarla a la práctica.

En este contexto, Waldow (1998) junto con otros estudiosos como Morse, Pollack, Lathan, describen el cuidado como un proceso interactivo donde intervienen diferentes elementos del entorno, sea social, afectivos, psicológico entre otros, por lo que el cuidado puede clasificarse en tres dimensiones específicas, entre las que se mencionan: la personal, la social y la profesional.

Para esta autora, el cuidado personal, puede interpretarse como atender la salud de otra persona de manera íntima en el cual se involucra la familia y amigos allegados al enfermo. El cuidado social es también llamado cuidado público, que constituye el cuidado a personas ajenas o extrañas que no tienen ninguna relación personal entre sí; por último, el cuidado profesional, está relacionado con el compromiso y responsabilidad de la persona que cumple el rol de cuidador, demostrando conocimiento y experiencias de las habilidades a la persona que cuida, además del involucramiento y las percepciones que determinen la necesidades del otro.

Asimismo, Waldow señala que las dimensiones del cuidado, sean técnicas, afectivas, éticas, estéticas, educativas y administrativas, entre otras, están relacionadas con el paciente. De manera que, la dimensión técnica incluye los procedimientos y manejo directo del paciente. La dimensión afectiva, corresponde a las necesidades internas y externas que tiene el paciente que demanda apoyo emocional en el momento específico. La dimensión ética, incluye la consideración del hombre como un todo, en el sentido de ver su sensibilidad e integralidad. El cuidado ético incluye la aptitud del cuidador en relación a la persona que cuida.

En este mismo contexto, Watson J. (2002), menciona varias dimensiones o perspectiva en el enfoque humanístico, atendiendo el individuo biopsicosocial, espiritual y sociocultural, ya que para ella, el objetivo de la Enfermería es ayudar a las personas a alcanzar el más alto grado de armonía entre la mente, el cuerpo y el alma, todo ello, sin olvidar la satisfacción de la persona que amerita el cuidado a tiempo y oportuno.

Es así que, la autora citada sugiere un total de diecisiete dimensiones, donde inicia con, Cuidar de Sí: Se dice que 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. Es decir, cuidar de sí, da la oportunidad al auto reflexión, a la manifestación de las emociones, a la absorción de vivencias que se traducen en conocimiento, el auto percepción como sujeto, cuya subjetividad y sensibilidad están puesto en acción.

Le sigue, el Cuidado como valor individual; esto significa, el valor que tiene la persona de sí misma, es decir, es todo lo que determina una condición que contribuye en el desarrollo para la mejoría de los componentes esenciales de la condición humana en convivencia social; esto da a entender, que los valores individuales se suman a los de la clase profesional, como son: amor, honestidad, espiritualidad, gusto, alegría, placer en hacer y mejoramiento constante de la persona.

Asimismo, Watson menciona el Cuidado profesional versus el común. El cuidado profesional tiene tecnología y es más especializado, mientras que el cuidado común es practicado por la familia demostrando: cariño, confort, atención, dedicación, afecto al paciente. En tal sentido, 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 humanos, en la vida cotidiana.

También está, el Cuidado como relación de ayuda; este se evidencia como una forma de estar con el otro, estableciendo así, una relación de apoyo y de confianza entre la enfermera- paciente; es decir, el cuidado es auxiliar a otra persona a mejorar para después poder cuidar de sí; es estar con el otro para socorrerlo, por lo que esto requiere aproximación, convicción y apoyo seguro; en esta relación la enfermera(o) expresa y comparte su conocimiento, sensibilidad y habilidad técnica, ayudando al paciente a progresar para salir de esa condición difícil que esté presentando.

Por consiguiente está, el Cuidado afectivo; se dice que el afecto, es esencial cuando se transforma en una actitud positiva y se toma de la mano para establecer una relación amistosa entre el cuidador y el que es cuidado; un ejemplo de ello podría ser, tocar el hombro del paciente; esto puede representar el propio cuidado, lleno de sensibilidad y de solidaridad del profesional hacia la persona carente de afecto. El toque revela una actitud humanística, fortaleciendo el vínculo y proporcionando el encuentro entre cuidador y el que es cuidado.

Otro es, el Cuidado humanizado; es donde la enfermería viene construyendo una profesión humanística, enfocada en la atención del cuidado del ser humano con un toque afectivo. En este contexto, Vila (2002), refiere que en la humanización del cuidado, es donde el cuidador se muestra interesado como un ser humano que respeta y valoriza el ser que está bajo su atención. También se menciona el Cuidado como acto, actitud; aquí el cuidado es visto como una acción, como una actividad, de actuar junto a un agente y ejecutar algo para con el otro ser; es decir, actuar en beneficio de la salud del otro.

Del mismo modo, Watson menciona, el Cuidado como práctica asistencial. Esta categoría incluye la realización de procedimientos técnicos y se refiere, también, al compromiso y responsabilidad entre los participantes en la relación al cuidado. El cuidado como práctica asistencial incluye la ejecución de procedimientos y

habilidades para dar apoyo al cliente en su integralidad como ser complejo, orientado en los factores de cuidado.

Igualmente, Watson hace énfasis en, el Cuidado educativo; esta se refiere a las informaciones, a la enseñanza y a los programas de educación formal e informal; en este sentido, puede ser interpretado como el resorte propulsor en la búsqueda de conocimientos para la evolución de la sociedad. Es por esto, que el equipo de enfermería debe manejar el pensamiento crítico, el espíritu de ciudadanía en la continua búsqueda por nuevos horizontes; es decir, la práctica educativa en enfermería potencializa la unidad para realizar un cuidado más auténtico.

En ese mismo contexto, está, el Cuidado como relación dialógica; es donde, 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 al ser cuidado con reciprocidad y cariño consigue concebir el ser, como ser humano. Por lo que puede decir, que el dialogo enfermera(o)-paciente, revela la intención del cuidador cuando se presenta como un ser autentico y sin dobleces, al estar presente y ser capaz de sentir un mundo subjetivo de cuidado con el otro.

Además de las dimensiones anteriores, la misma autora, relaciona el Cuidado aliado a la tecnología; esta se usa para facilitar el cuidado al usuario, y a veces es imprescindible para mantener una vida, sin embargo, se busca evitar una mayor preocupación con el equipamiento, ya que el cuidar no se limita a la tecnología; esta puede facilitar la actuación de la enfermera(o) para mantener la vida del paciente en caso crítico; es decir, que fue creada para beneficiar sin pretender que supere la particularidad del ser cuidador, como es la enfermera(o).

Paralelo pero no menos importante a las perspectivas anteriores, la misma Watson señala el Cuidado amoroso, relacionado como acto de amor, como un intercambio entre cuidador y ser cuidado, donde ambos comparten el afecto para alcanzar resultados positivos. El amor en el cuidado actúa como elemento facilitador, energético, de nutrición y ternura que engrandece el cuidado suministrado por el cuidador.

También menciona, el Cuidado interactivo; este cuidado es un proceso de interacciones y asociaciones entre los seres, siendo parte organizadora del sistema de la salud y parte organizadora de los sistemas de cuidados. En este sentido, el cuidado interactivo se establece a partir de fuerzas internas, ósea, por el intercambio entre el mundo interior y exterior del ser cuidador y del ser cuidado, donde lo subjetivo es tomado en cuenta, donde existen los momentos únicos, con personas diferentes, por eso son genuinos.

Sugiere además, el No cuidado; esta parece estar subentendida en el diálogo con algunos profesionales de la salud, que no le gustaría ser cuidado; es decir, el no cuidado, puede estar relacionado con artificios del cuidador para no aproximarse al que es cuidado, esto es al enfermo, realizando las acciones con prisa, manteniéndose a distancia de las personas, no tengo mucho tiempo, sea rápido, entre otras palabras, está limitando el espacio y la aproximación, distanciando el ser cuidado profesional.

Por consiguiente Watson menciona, el Cuidado como esencia de la vida y de la profesión, este es considerado como un valor esencial a la existencia de las personas; es decir, que el cuidado es la esencia y el ideal moral de la enfermería, cuya finalidad es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. Por lo tanto, es el compromiso del profesional de cuidar para dar sentido a la vida del otro y de la propia profesión.

Otra perspectiva estudiada por la teórica, es el Ambiente del cuidado. Los pacientes y familiares consideran el ambiente del hospital hostil, por lo que se sienten inseguros y con miedo por la diferencias entre el ambiente hospitalario y el ambiente de procedencia del paciente y familiares, donde muchos de ellos aluden que el ser que cuidan también sufre influencias del ambiente, lo que influye en el proceso del cuidar. Por lo tanto el ser que cuida enfermería necesita de un ambiente, limpio, ventilado, libre de insectos y otros, ya que es ahí, donde mantiene la interacción para el desempeño de sus atribuciones.

De la misma manera está la dimensión, Sintiendo la finalidad del cuidado, este es descrita como la manifestación de mejoría clínica del ser cuidado, su recuperación, y la forma de restablecer la salud, así como ayudar al otro a crecer y a realizarse, y también a morir mejor, es un valor, contribuyendo para la calidad del proceso de ser y vivir de los seres humanos.

Además de las dimensiones, Watson, plantea diez factores de cuidar que resume su planteamiento filosófico centrado en lo existencial y fenomenológico, nucleados en la expresión «enfermería transpersonal». Estos factores son:

1. Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.
2. Inducción de fe y esperanza.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
4. Desarrollo de la relación de cuidado humano, de ayuda y confianza.
5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Uso de procesos creativos para la solución de problemas.
7. Promoción de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.
8. Disposición para crear un entorno mental, físico, social, espiritual, corrector y de apoyo.
9. Ayuda en la satisfacción de las necesidades humanas.
10. Aceptación de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales. (págs. 77-82).

Al analizar los primeros tres factores de cuidar, se puede decir que forman la base filosófica para la ciencia del cuidado. Los otros siete factores están relacionados con lo curativo y la práctica de enfermería en la parte asistencial donde las bases establecidas dependen de los tres primeros. En fin, en cada una de las categorías sobre el cuidado humano representan un principio de traducibilidad entre valores, actitudes, acciones y expresiones estudiados por Waldow, Morse y Watson, que debe poseer las enfermeras(os) para suministrar un cuidado oportuno al paciente hospitalizado.

En este mismo orden de ideas, Escobar D. (2004), menciona otras categorías como son: “la dimensión Estética o artística y la Ética del cuidar; la primera es, una forma de conocimiento, a través del cual el hombre encuentra sentido a lo que hace, desarrolla el arte y lo perfecciona”(pág. 65); esto puede estar relacionado a los sentimientos que transmiten y al comportamiento que mantiene cuando suministra el cuidado; engloba en sí, las actitudes y aptitudes, las expresiones, la manera de abordar al enfermo a través del tacto, las palabras, la sonrisa, entre otros, bajo un ambiente de armonía.

Asimismo señala la misma autora, que la Ética del cuidar; que “es inherente a la profesión de enfermería por ser de la naturaleza moral”(pág. 67), es decir, que busca el bienestar del paciente en cuanto a la honestidad del profesional al realizar las actividades, los procedimientos, demostrando integridad, justicia, equidad, respeto a la dignidad humana del paciente.

Por lo tanto, el cuidado de enfermería se fundamenta en el proceso vital del ser humano, el cual es dinámico y cambiante que se inicia con la vida y termina con la muerte, donde la salud y la enfermedad están inmersas en ese proceso.

DIMENSIÓN DEL CUIDADO TÉCNICO

Según, Collière, M. (1999) la práctica técnica del cuidado de enfermería tiene funciones primordiales, las cuales les van a permitir contribuir a la satisfacción de las necesidades inmediatas y futuras del paciente hospitalizado, a través del servicio que la enfermera(o) presta y el logro de objetivos que contribuyan a la recuperación de la salud del beneficiario.

Bien lo señala, Alfonso M. (2009) cuando afirma que, los procedimientos básicos de enfermería “constituyen uno de los pilares primordiales, que en alguna manera determinan, el compromiso que los profesionales en el desarrollo de los cuidados del enfermo” (pág. 122). Es decir, la protocolización de las rutinas, es una herramienta más que contrastada en lo que a su funcionalidad y eficacia se refiere, siempre y cuando se mantengan actualizados y se adapten a la realidad del entorno al que va a ser aplicado.

Por lo tanto, el profesional de enfermería al realizar un somero análisis en el área asistencial en el hospital sobre los instrumentos y las técnicas propias que empleará y sobre la provisión o prestación de cuidados que aplicará al enfermo a través de los recursos de los propios órganos de los sentidos, tendría una imagen clara de la clase de cuidado que suministrará, en mira de satisfacer las necesidades del paciente hospitalizado.

De modo que, las actividades técnicas del cuidado y operativas según Alfonso M., son las que realiza las enfermeras(os) directamente al paciente, atención de los individuos sanos o enfermos, para ello se apoya en el método científico, proceso de enfermería y en los procedimientos básicos, que le permiten en conjunto, dar un cuidado efectivo a los que atiende en su labor diaria.

Partiendo que en procedimientos básicos los cuidados son la razón de ser de la profesión de enfermería y constituyen el motor del quehacer y por lo tanto el foco de atención y objeto y disciplina del profesional. Los procedimientos básicos, son la guía de acción, son actividades y planes formulados dentro de las políticas constituidas en los establecimiento de salud, cuya finalidad es la de señalar la secuencia cronológica más eficientes, destinadas a obtener los mejores resultados en cada función concreta realizada dentro del servicio asistencial.

Por lo que unos de los procedimientos básicos más comunes son la medición de signos vitales, ellos son indicadores basales del estado de salud del paciente. Pueden medirse en fases muy tempranas en la exploración física, al ingresar el paciente o integrarse en la valoración diaria. Los signos vitales varían de un individuo a otro y en diferentes horas del día en una misma persona pero hay ciertos límites que generalmente se consideran estándar.

Entre los signos vitales se pueden mencionar, temperatura, respiración, pulso y presión arterial; estos son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites o rangos específicos, que por encima o por debajo significa riesgo para del paciente.

Según, la Enciclopedia Medicina y Enfermería Mosby (1998), los signos vitales “determinan la constante vitales del ser humano, entre ellos: la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria, y la temperatura corporal” (pág. 234). También se incluye la Presión Arterial aunque no se considera estrictamente un signo vital, no obstante en la actualidad en el servicio de los cuidados de enfermería este signo constituye la base para cualquier diagnóstico cardiovascular.

Por lo tanto, la enfermera(o) de cuidado directo, puede observar, medir y vigilar los signos vitales para evaluar el nivel y funcionamiento físico en el paciente hospitalizado. Asimismo, es importante resaltar que los signos vitales normales cambian con la edad, el sexo, el peso, la tolerancia al ejercicio y la salud general, En general los signos vitales son importantes para determinar el estado de salud del paciente

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

Otro procedimiento es, la higiene y confort que están relacionado con la salud y la conservación, esta incluye todas las medidas orientadas a la higiene del paciente, así como el garantizar el máximo de comodidad y de aseo del mismo. Estas actividades incluyen, entre otras: baño en cama, higiene bucal, higiene del cabello, lavado genital, enemas (cuando estos sean requeridos para procedimiento específicos), manejos de colostomías (cuando este indicado). Por lo que la importancia fundamental de la limpieza es mantener la salud del cuerpo y el equilibrio de la proliferación bacteriana sea cual sea la condición del paciente dentro del área clínica.

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

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

En relación a lo anterior, Kozier B. (1995) señala que "la higiene personal es el cuidado que la gente toma sobre sí misma en consideración de su salud; es un asunto altamente individual vinculado con los valores y las prácticas personales"(pág. 238). Esto quiere decir, que la limpieza corporal favorece la salud del paciente para su pronta recuperación debido que es una barrera de protección contra las bacterias y hongos que se alojan en la piel.

Asimismo, el lavado bucal o higiene bucal es el conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de enfermería en la cavidad oral del paciente, cuando este tiene alguna limitación para realizar su propia higiene. En el paciente inconsciente se suministra este cuidado cada 4 a 6 horas después de que se administre o no alimentos por la boca. El aseo de la cavidad bucal es en los dientes, encías y lengua a través de un cepillado suave con crema dental y enjuague.

Es por esto, unos de los cuidados que debe aplicar la enfermera(o) al paciente que está a su cargo, es preparar el equipo (cepillo de diente, crema dental, vaso con agua tibia, riñonera, toalla, entre otros). La enfermera(o) debe informar al paciente encamado la necesidad de hacerle el aseo bucal y cuál es el objetivo que persigue, como es evitar la proliferación de las bacterias, secreciones fétidas, disminuir la halitosis, proporcionándole un aliento fresco.

Por su parte, el baño en cama, es el aseo corporal, una necesidad básica del ser humano. Son evidentes las ventajas físicas, psíquicas e incluso sociales que conlleva el estar aseado. Ya sea cuando al paciente, se le proporciona un baño relajante o una

ducha estimulante, es muy probable que manifieste sentirse mejor, relajado, tranquilo. La hora del aseo es un momento de intimidad muy gratificante.

En el caso de una persona encamada, privada de la posibilidad de movimiento, y los beneficios propios de la higiene, se le añade la necesidad de procurarle, comodidad, de inducirle al sueño, de activar la circulación venosa y muscular, de mantener cuidada la piel y sobre todo para prevenir las úlceras por presión; la práctica de un baño en cama diario, permite disminuir el riesgo de padecerlas.

Del mismo modo, la movilización corporal en un paciente encamado o con limitaciones en sus movimientos, es una actividad esencial en la vida del hombre, contribuye a la eficacia del funcionamiento de todos los procesos corporales, y al estar ausente disminuye el concepto que la persona tiene de sí misma.

Es por esto, que Riopelle, refiere que "moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y bien alineados permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo (pág. 23); de manera que moverse activa la circulación sanguínea por lo tanto favorece las actividades celulares del organismo.

Asimismo, los cambios posturales según, De la Torres E. la Técnicas de Enfermería (1991), son las modificaciones realizadas al paciente encamado, por lo que los cuidados de enfermería van encaminados a proporcionar los conocimientos necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad, ayudando al paciente a mantener una postura adecuada para favorecer su bienestar, todo ello en condiciones de seguridad y comodidad.

Es importante señalar también, el ambiente de la habitación, el cual debe ser agradable, seguro y cómodo, éste puede garantizar en parte la recuperación del enfermo. El cuidado del ambiente determina que las organizaciones de salud, deban velar por que sus actividades se realicen sin perjuicio del ambiente, de manera que las consecuencias que puedan representar los procesos relacionados con ellas sean cada vez menores.

De manera que, el medio ambiente hospitalario limpio según, Repàraz, Arina, (2005), se clasifica en animado e inanimado. Su relación con la infección nosocomial se establece tanto a nivel del origen de la infección como a nivel de las vías de transmisión. Por lo tanto, el medio ambiente animado, lo constituyen los pacientes hospitalizados, el personal que trabaja en el hospital y los visitantes del centro. El factor ambiental animado es fuente de infección o mecanismo de transmisión importante de gérmenes.

De manera que, una habitación limpia es la respuesta de la frecuencia del aseo y desinfección, tareas que deben realizarse con mucha más minuciosidad que un simple barrido del suelo, por lo que la limpieza, debe ser realizado por personal calificado, es decir, los procedimientos tienen un orden: ante todo se limpia y luego se desinfecta.

Esto quiere decir, que el personal de enfermería debe velar por la limpieza y el cuidado de la zona hospitalaria donde ejecute las actividades del paciente, constatando que la limpieza se realice adecuadamente en cada uno de los colectivos por el personal de mantenimiento destinado para tal fin, verificar que materiales de desinfección que usa este personal sea el más adecuado. También, al egresar los pacientes o al ser trasladados para otro colectivo o sea egresado, toda el área debe ser lavada, limpiada y desinfectada para evitar la contaminación a otros pacientes que sean ingresados a esa unidad.

Otro cuidado relevante es, la alimentación del paciente, que según, Riopelle (1993), "beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de los tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento." (pág.114). De manera que, si bien antes se consideraba la nutrición o la alimentación como una medida de apoyo poco prioritaria en la vida del ser humano, cada vez se reconoce más su importante papel como parte del tratamiento de los pacientes hospitalizados.

Por lo tanto se debe tomar en cuenta, la dieta indicada, para ello, la Salas-Salvadò J. (2008) en Nutrición Clínica y Dietética indica, que "la dieta intrahospitalaria es aplicada en enfermos específicos" (págs. 80-88), por ejemplo, en pacientes diabéticos la nutrición será baja en glúcidos, en pacientes con gastroenteritis, será baja en grasas y rica en fibras, en pacientes con insuficiencia renal, se usará nada o un mínimo de sal, entre otros. Por lo tanto, se requiere que la enfermera(o) que está a cargo del paciente con cualquier alteración de salud, este consciente que dieta específica sea la que le corresponde al paciente hospitalizado.

Es necesario señalar también, la administración de medicamentos, calificadas como actividades dependientes de enfermería que se realizan bajo prescripción clínica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocar a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica del suministro de fármacos al paciente hospitalizado.

Según, Rodríguez C. (2007), un "medicamento es una sustancia o preparado de origen natural o sintético, que se elabora y fabrica en laboratorios farmacéuticos y en farmacias, para ser administrado a las personas con la finalidad de proteger y

recuperar la salud” (págs. 209, 210). De modo que, el estándar para la administración intrahospitalaria de medicamentos lo constituyen una serie de subprocesos que a su vez está conformado por una serie de pasos secuenciales que requieren ser realizados por un equipo interdisciplinario con amplios conocimientos científicos y, técnicos, y comportamiento ético.

Unas de las actividades diarias de enfermería, son la administración de medicamento por vía oral, procedimiento por medio del cual un medicamento es administrado por la boca y se absorbe en la mucosa gastrointestinal. La mayoría de las personas o pacientes tragan mejor las cápsulas y tabletas si las colocan en la parte de atrás de la lengua y beben algo de líquido después serán mejor absorbidas.

Por lo tanto unas de las precauciones que debe tener la enfermera (o), es evitar administrar medicamentos por vía oral a pacientes conscientes e inconscientes que tengan alto riesgo de ahogarse. De manera que, el profesional debe tener sumo cuidado al administrar los medicamentos orales. Otra precaución que debe tener en cuenta, no tocar el medicamento con las manos sino colocarlo en un recipiente y suministrarlo al paciente.

Al respecto, Ruiz P. (2003) señala que en el aspecto científico se incluyen el conocimiento de la farmacodinamia o acción de un fármaco o medicamento en el organismo incluyendo interacciones con el receptor así como los mecanismos del efecto terapéutico y tóxico y la farmacocinética o acción del cuerpo sobre el preparado incluyendo su mecanismo de absorción, distribución, metabolismo, eliminación, depuración, vida media, concentraciones máximas y mínimas, dosis de impregnación y vigilancia de concentraciones terapéuticas, entre otras.

Asimismo, la administración de medicamentos por vía intravenosa, es una de las cuatro vías parenterales que existen para la administración de medicamentos lo cual,

en atención intrahospitalaria es muy común, se suele llevar a cabo de dos maneras. La directa, es la administración del medicamento en forma de bolo, ya sea solo o diluido (normalmente en una jeringuilla de 10 ml, la cual contendrá la sustancia a inyectar junto con suero fisiológico hasta completar los 10 ml o 20 ml). El otro es, por goteo intravenoso, canalizando una vía venosa, esta es la forma de tratamiento empleada ante determinadas situaciones clínicas o alimentación parenterales.

En tal sentido, la enfermera(o) a la hora de administrar una medicación endovenosa u oral, debe de actuar sistemáticamente, cumpliendo una serie de pasos: preparar el material necesario, el medicamento indicado, elegir el lugar de inyección, administrar el medicamento bajo los cinco o más correctos, para evitar errores que den como consecuencias complicaciones en el paciente.

Con referencia a las normas de seguridad para la administración de medicamentos. Bates (2005) refiere que se deben llevar a cabo los "Cinco puntos correctos", y son los siguientes:

1. Medicación correcta. Rectificación del medicamento mediante los siguientes pasos: La tarjeta del fármaco, la hoja de indicación médica, en el kardex de fármacos (registro de medicamentos del paciente) y con la etiqueta del empaque del fármaco (presentación fármaco indicado). Rectificar la fecha de caducidad. Tener conocimiento de la acción del medicamento y efectos adversos. Así como el método de administración y la dosificación, considerando el índice terapéutico y toxicidad. Rectificar nombre genérico (composición química) y comercial del medicamento.
2. Dosis correcta. La enfermera (o) que va a administrar el medicamento debe verificar simultáneamente con otro profesional que la acompañe hacer el cálculo de la dosis exacta. Especialmente en medicamentos como: Digitalitos, heparina, insulina, etc.
3. Vía correcta. Verificar el método de administración (algunos medicamentos deberán aplicarse por vía IV o IM exclusivamente).
4. Hora correcta. Tomar en cuenta la hora de la dosis inicial, única, de sostén, máxima o mínima.
5. Paciente correcto. Verificar el nombre en el brazalete, Núm. de registro, Núm. de cama, prescripción en el expediente clínico y corroborar con el diagnóstico y evolución del paciente. Llamar por su nombre al paciente

(si él está consciente). Productos Seleccionados para el procedimiento (págs. 113-120).

También existen otros correctos, Rodríguez C. (2007), refiere, educar al paciente sobre el fármaco que se le va a administrar, obtener una historia farmacológica completa del paciente, averiguar si el paciente tiene alguna alergia medicamentosa, ser consciente de posibles interacciones farmacológicas o de fármaco/alimento, anotar cada medicamento que se administra. En sentido general, cada uno de estos correctos, son normas específicas de estricto cumplimiento para el paciente el cual la enfermera(o) debe cumplir sin errores.

Otro procedimiento intrahospitalario, es el cambio de cura diaria. Es una actividad que comúnmente la puede realizar la enfermera(o) en las áreas clínicas de manera independiente. De modo que, las actividades relacionadas con el cuidado de las heridas, es una función básica de enfermería, donde las habilidades y destrezas son las bases de los procedimientos en cada uno de los casos seguidos de la asepsia y antisepsia. La responsabilidad de una buena práctica con relación a la limpieza minuciosa de una herida, se verá reflejada en una cicatrización rápida, que se encuentre libre de infección y con evolución satisfactoria, y por consiguiente, la recuperación favorable del paciente.

Cuando se refiere que estos procedimientos pueden ser llevado por el personal de enfermería en los diferentes turnos de trabajo, es importante señalar, que es en las horas de la mañana donde en su mayoría los establecimientos asistenciales realizan la revista médica, al igual que la de enfermería, por lo tanto, las limpiezas de lesiones, toma de muestras para cultivos, así como los cambios de apósitos o realización de las curas al pacientes hospitalizado, son en la mayoría en las horas matutinas o cuantas veces sea necesario en cualquier horario del día.

En el mismo orden de ideas, está el proceso de enfermería, que se relaciona intrínsecamente con el cuidado del paciente. Leddy S y Pepper J. (1995), señalan que, el proceso de enfermería, “permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas” (pág. 114). Es decir, que el proceso de cuidado, como también se suele mencionar, trata a la persona como un todo unificado, integral; en otras palabras, el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

Además de ello, las estudiosas del proceso, señalan con respecto a las bases conceptuales de la enfermería profesional, que “el proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva de enfermería, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales” (pág. 115) de manera que el proceso de cuidado, le da a la profesión la categoría de ciencia.

Asimismo, las autoras, refieren que el proceso de enfermería es “un método sistemático y organizado para suministrar cuidados de enfermería individualizados” (pág. 116); esto quiere decir, que cada persona presenta alguna alteración real o potencial, por lo tanto, la enfermera(o) aplicará las acciones de cuidados planificados que vayan acorde con la alteración que presenta el enfermo, de manera de disminuir la alteración y satisfacer la necesidad del paciente o disminuir el riesgo que amenaza la vida.

Además de lo anterior, Alfaro-Lafevre R. (1999), asevera que el proceso de cuidado, es “un conjunto de pasos que intenta lograr un resultado en particular con base en la planeación y ejecución sistemática de los cuidados de enfermería” (págs. 5-9). Todos estos conceptos se pueden interpretar, como una serie designada de acciones que pretenden cumplir con el propósito, que es conservar el estado óptimo

de salud del paciente y en caso de cambiar este, proporcionar la cantidad y calidad de los cuidados que requiera para recuperar la salud.

En otras palabras, debido a que en los hospitales las enfermeras (os) comparten el cuidado de un paciente las 24 horas. Cada enfermera(o) proporciona un cuidado, pero es necesario tener un plan que permita coordinar el esfuerzo de todos, con organización y continuidad en los cuidados.

Por lo que se puede decir, que la primera fase es la Valoración: Información sobre el estado salud del paciente. Esta etapa se inicia con la recopilación de datos sobre el enfermo a través de diversas fuentes. Entre las herramientas están, la observación y la exploración a través del examen físico, céfalo-caudal de cada una de las necesidades del paciente, sin perder ningún detalle, existen pregunta de interés con respecto a los signos y síntomas que presenta el enfermo, las cuales se van realizando a través de interrelación enfermera-paciente. Usualmente, en esta valoración se definen los problemas tanto reales como potenciales.

Posteriormente está, la fase Diagnóstico: Identificación del problema. En esta etapa, se requiere que la intervención de enfermería sea minuciosa, ya que de allí, se determinará de acuerdo a los signos y síntomas que presente el paciente, el diagnóstico, con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Este proceso es a través del cual la enfermera(o) puede identificar un problema clínico y formularlo para su resolución. El propósito, es identificar las dificultades que presenta el paciente.

Por lo tanto, los diagnósticos de enfermería están siempre referidos a las respuestas humanas que originan los déficits de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera(o) atenderlos o tratar de resolverlos, esto no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso.

Asimismo, la Planificación. Explica los procedimientos. Esta fase está encaminada a eliminar, reducir o prevenir los problemas detectados en el paciente. Consta de un plan en varios períodos: Establecimiento de prioridades en los cuidados, jerarquización de los problemas detectados en función de las necesidades humanas y los deseos del propio paciente. En tal sentido, los objetivos planteados son la guía para el equipo de enfermería que cuida al paciente, ya que orientan hacia la meta propuesta y permiten evaluar la evolución y respuesta del paciente en balance a los cuidados prestados por la enfermera(o) durante cada turno.

Siguiendo el orden, está la Ejecución. Cumplir con las actividades. Es la etapa donde se pone en práctica el plan de cuidados formulado, aquí la enfermera (o) tiene toda la responsabilidad sobre el proceso a seguir, incluye al propio paciente, a su familia y a otros miembros del equipo de salud, donde se cumplen con todas las actividades planificadas. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible para todos los que intervengan en el cuidado.

Por último, está la fase de Evaluación. Revisión de las actividades realizadas. En esta etapa se revisa el estado de salud del paciente y los resultados esperados, medidos en términos de eficacia, efectividad y eficiencia de los cuidados aplicados al enfermo por el personal de enfermería. La evaluación debe servir como base para afianzar, modificar o abandonar los cuidados planeados en base a la consecución de los resultados o reformular las actividades para lograr el efecto que se espera, que no sea más, sino la recuperación del paciente.

El propósito, es evaluar el proceso hacia las metas identificadas en los estadios previos de salud del enfermo y compararlas con las actuales. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada,

entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez.

DIMENSIÓN DEL CUIDADO AFECTIVO

Si bien, el afecto, es identificado como un proceso de interacción social entre dos o más personas. La palabra afecto en la vida cotidiana, se puede inferir que es algo que puede darse a otro, por lo que se dice, que dar afecto es dar amor. El afecto es algo que fluye y se traslada de una persona a otra. Parece que es un fenómeno como la masa o la energía, que puede almacenarse y trasladarse.

Por otra parte, dar afecto es algo que requiere de esfuerzo. Por ejemplo cuidar a alguien que está enfermo requiere un esfuerzo y es una forma de proporcionar amistad, simpatía. Tratar de comprender los problemas de otro es un esfuerzo y es otra forma de dar cariño, amor. De modo, que el afecto, es algo esencial para la especie humana, desde el nacimiento, la niñez hasta la edad más longeva del ser humano y en la enfermedad es necesario suministrar ese sentimiento de amor que se conoce como afecto.

Al respecto, Watson (2002), refiere con respecto a la experiencia del cuidado y el afecto que "el cuidar es primero una experiencia mental y emocional que emerge de sentimientos profundos frente a la experiencia del paciente" (pág. 120). Es decir, poder ponerse en la posición del paciente, es la fuente para que el sentimiento profundo de la enfermera(o) que le permita colocar al enfermo primero tanto en sus acciones, como en su mente, y al actuar hace que el cuidado emerja.

Por lo tanto, dar apoyo emocional involucra una actitud de afecto entre la enfermera(o) y el paciente, ya que los sentimientos individuales e innatos del

profesional se reflejan en su actuar frente al paciente. Colliere (1999), por su parte, clasifica los cuidados en función del afecto, colocándolos como una manera de estimulación, de conservación y continuidad de la vida, de compensación, de confirmación, de auto imagen y de sosiego.

Asimismo, García y Romero (2001), plantean por su parte, que el afecto se identifica como una vivencia humana referida al tono emocional y al estado de ánimo, que se traduce en los sentimientos y emociones de cada persona, que matiza sutilmente la interacción y se hacen evidentes en la relación interpersonal que se establece, imprimiéndole un carácter humano y terapéutico a la vez.

Por consiguiente, Ridrurejo (1996) refiere que, unos de los aspectos que debería considerar la enfermera(o) cuando suministra el cuidado son las alteraciones psicosomáticas que pueden afectar el equilibrio emocional del paciente hospitalizado dependiendo de la enfermedad que esté presente, entre las que menciona las siguientes: 1) disminución de energías físicas. 2) un sufrimiento físico localizado. 3) angustia, ansiedad y depresión. 4) temor a la soledad o invalidez y amenaza de muerte. 5) significación de la enfermedad.

En tal sentido, la condición de hospitalización hace que el individuo sea vulnerable a variados estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y relaciones que se establecen durante la estadía hospitalaria, en el que adopta o pasa a ser incluido en el "status de paciente". Al respecto, Jiménez P. (2000) señala que el paciente ve alterado su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes, y cuando se dice habitualmente que el ser humano necesita afecto para su bienestar, se puede estar refiriendo, en realidad, al hecho de que necesita la asistencia y la cooperación de otros seres humanos para sobrevivir.

En cuanto a la comunicación efectiva. Si bien la comunicación interpersonal es necesaria en todos los aspectos de la vida, es especialmente crucial cuando se trata del cuidado del enfermo. Es por esto que, en enfermería es necesaria la comunicación verbal y no verbal, siendo una competencia o habilidad que posibilita el reconocimiento de las necesidades individuales, el establecimiento de una relación interpersonal significativa y el cuidado de enfermería.

Bien lo señala, Ribeiro L.(1997), cuando refiere que, la percepción de señales corporales y de la lengua hablada representa la posibilidad de ir más allá de la ejecución de procedimientos técnicos al permitir que los sentimientos, las emociones y la historia de cada uno favorezcan la comprensión de la totalidad que este ser humano representa

Es por ello, que al inicio del turno: la enfermera(o) debe estar pendiente cómo se siente el paciente. Es decir, deberá indagar a través de una comunicación efectiva, la manera en que recibe al paciente (estado de conciencia), preguntar al paciente cómo se siente, o al familiar como ha sido el progreso durante las horas de hospitalización; preguntar, como ha estado, conocer si ha habido progreso con el tratamiento. Averiguar con los profesionales, si hay o no ordenes pendientes, exámenes de laboratorio, cultivo, tratamientos por cumplir, entre otros, si ha habido rechazo de algún tratamiento durante la estadía hospitalaria.

Por lo tanto, una de las consideraciones de la comunicación efectiva, señala el mismo autor, es el acercamiento al paciente, por lo que cada enfermera(o) es a la vez un maestro y un entrevistador. Como el maestro, tiene que comunicar información vital y asegurarse de que se entienda, así mismo, como entrevistador debe escuchar con atención y hacer las preguntas al paciente sobre progreso del tratamiento en el

tiempo de hospitalización y tener la capacidad de entender con precisión y responder a las respuestas.

Asimismo, durante el turno, la enfermera(o) deberá prestar atención al llamado inmediato del paciente para conocer cuál es su necesidad, la inquietud o la duda que este tiene; si está presentado: dolor, fatiga, si tiene sed o simplemente quiere que lo abriguen o le proporcionen ventilación a través de oxigenoterapia. En tal sentido, cuando se escucha atentamente al paciente se descubren necesidades internas que éste no manifiesta abiertamente, por eso, escuchar, al igual que hablar, es importante para interacción enfermera-paciente.

Por esto, a través de la entrevista con el paciente o familiares debe asegurarse si hay o no mejoría, o si se requiere una valoración inmediata que amerita cuidados. Es por eso que Kash C.R. (1986), en la interacción enfermera-paciente señala que “la comunicación es un proceso de integración social que induce la mejora en el estado de salud de los pacientes como resultado del diálogo terapéutico” (pág.113); es decir, es una estrategia que controla el comportamiento interpersonal para aumentar la probabilidad de alcanzar objetivos del paciente a través de un coloquio efectivo entre las partes.

En este mismo orden de ideas, al final del turno. La enfermera(o), deberá demostrar que comprende al paciente en relación a lo que éste le manifiesta; respondiendo educadamente, a la inquietud del enfermo, sobre algún procedimiento pendiente o a los resultados obtenidos en los exámenes y otros. De manera, que en la entrega del paciente, el profesional, debe estar claro al momento de informar a las otros colegas, como pasó el paciente el turno, si manifestó o presentó alguna alteración, cuáles fueron los cuidados realizados durante el turno, y asegurarse como deja el estado de salud del enfermo a cargo del personal que le recibe.

Con respecto a la relación empática, Marroquín M. (2008), refiere que las relaciones interpersonales se nutren a través de la empatía, entre el cuidador y el cuidado, que contribuye a solidificar la base científica y mejorar la práctica diaria según las necesidades que tenga el paciente e incluso desarrolla la educación y el ejercicio del caso clínico fundamentado en el cuidado del paciente y las estrategias de enfermería para resolverlo.

De acuerdo con lo anterior la interacción se entiende como el intercambio de sentimientos, pensamientos, acciones y experiencias entre la enfermera y el paciente, en la cual se ejerce una influencia recíproca con el objeto de lograr una intervención terapéutica de salud.

Por su parte, Mestre V. y Frías M (2004), consideran que la relación empática, es una dimensión básica en el cuidado de enfermería, porque al centrarse en el contacto entre personas, se constituye en móvil indispensable para llevarlo a cabo. También, señalan, que “la empatía es la capacidad de comprender y responder afectiva y adecuadamente a las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente expresadas en forma verbal y no verbal durante la interrelación enfermera - paciente” (pág. 255).

De manera, que, mostrar empatía, es escuchar activamente las emociones de los demás es tratar de "meterse en su pellejo" y entender sus motivos. Es escuchar sus sentimientos y hacerle saber que "nos hacemos cargo", es intentar entender lo que siente esa persona.

Bien lo señala, Caballo, V.E. (1999) en el Manual de Evaluación y tratamiento de las habilidades sociales, cuando dice, que la empatía, no se trata de mostrar alegría, ni siquiera de ser simpáticos; simplemente, que la persona que trata de entender al otro, sea capaz de ponerse en su lugar. Sin embargo, no significa aceptar

ni estar de acuerdo con la posición del otro, sino simplemente decirle: “entiendo lo que sientes”.

Asimismo, la comprensión en la relación empática, trata de demostrar humanidad por el otro, y no sólo debe estar anclado en la piedad, sino que su cultivo y ejercicio produce en quien la desarrolla una de los efectos más hondos de satisfacción y bienestar, como el de ser comprensivo en el momento que sea necesario, con la persona que lo amerite.

Al respecto, el Diccionario Espasa Calpe (2001), define la palabra comprensión como “acción de comprender, facultad, capacidad o perspicacia para entender las cosas; actitud comprensiva y tolerante, conjunto de cualidades que integran una idea” (pág. 418). Esto explica el carácter y la dinámica que generan ciertos sentimientos en la persona, ya sea, la paciencia, el entendimiento o la comprensión, los cuales ensanchan el campo del individuo en la relación empática, producto del entendimiento y la tranquilidad personal, esto lo hace ayudar a otros.

Igualmente, a través de la comprensión que muestre una persona hacia otra, transmite tranquilidad. Por lo tanto, la enfermera(o) que muestre paciencia mientras realiza las actividades al paciente, puede producir sensación de paz en el enfermo; ya que es el deseo vehemente de disminuir al mínimo sufrimiento, ya sea el suyo propio y el ajeno, basados en la creencia de que todo ser humano, debe mirar atentamente y considerar el interés y cuidado por la otra persona, es comprender la situación en que alguien se encuentra, no como quien juzga desde afuera, sino como quien mira desde adentro.

En tal sentido, relación empática inspira confianza y hace que haya buena relación enfermera-paciente, esta habilidad de inferir los pensamientos y sentimientos de otros, genera emociones de simpatía, comprensión y ternura, además de consolidar

una relación amistosa donde existe mutua confianza entre el paciente y la enfermera(o) que le suministra los cuidados. Es decir, el generar confianza, es uno de los elementos clave que fortalece la inteligencia emocional del otro, siendo el rasgo característico de las relaciones interpersonales exitosas.

DIMENSIÓN DEL CUIDADO ÉTICO

En la dimensión ética del cuidado de enfermería se estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Dentro de los deberes fundamentales con los enfermos está el compromiso moral de preservar la vida humana, ya que la reflexión ética se basa en el respeto a dos principios fundamentales: la vida y la autodeterminación de la persona.

De manera que, un principio, es el comienzo de algo, es el concepto que se emplea para nombrar un valor o un postulado que se tiene en cuenta para dar el desarrollo a una acción. Por lo tanto, un principio ético son declaraciones que se pueden analizar para definir la conducta del ser humano, ya que recoge aquello que se toma como válido o bueno.

Es por esto que, Balderas, M. (2009), opina que las enfermeras(os) tienen cuatro responsabilidades éticas fundamentales como son: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Por lo tanto, la necesidad de cuidados de enfermería es universal, y el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería, que no hace distinción alguna de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o posición social.

También afirma que, la habilidad técnica de la profesión de enfermería se apoya en principios y bases científicas que guían la práctica y a su vez proporciona la base de la autonomía de la profesión, que controla sus propias funciones, posee independencia y responsabilidad de sus actos. En otras palabras, estudia las acciones humanas, sus efectos y el valor de dichas acciones, es decir, se ocupa de un ideal, de lo debe ser, no con lo que la conducta humana es, sino con lo que debe ser, lo perfecto. Todo ello determina que es lo correcto e incorrecto.

Respecto a este asunto, el Código de Ética para Enfermeras del Consejo Internacional. CIE (2006), que sirve de guía para la acción basada en los valores y necesidades sociales, establece claramente que el respeto a los derechos humanos, incluyendo el derecho a la vida, a la dignidad humana y a ser tratado con respeto, es inherente a la enfermería. Asimismo, el Código indica que la enfermera (o) tiene la responsabilidad de conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud, para lo cual debe aplicar los principios bioéticos en la atención que brinda al paciente.

Del mismo modo, enfatiza, en que varios de sus objetivos; que todos los pacientes sean tratados por igual, cuidando su intimidad y protegiéndolos de actos no éticos. Igualmente, el Código Ético Deontológico Venezolano (1999), indica que la enfermera(o) debe aplicar en su ejercicio profesional los principios bioéticos de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No maleficencia, ya que constituyen las directrices generales que gobiernan su conducta proporcionándole una base para el razonamiento y orientación de sus acciones.

También, Amaro Cano M. C. (2005) como diligente de los problemas Éticos de Enfermería, afirma que esta Profesión, se rige por la ciencia de los valores morales, por los modelos conceptuales de enfermería, teniendo el derecho y respeto de la persona como fundamento primordial, asimismo la justicia social, así como, el comportamiento ético en las relaciones entre la enfermera y paciente. En tal sentido

la ética del cuidado se sustenta en respetar el sufrimiento del paciente, el derecho a la vida en todo momento durante los cuidados que suministra enfermería.

En relación a la dignidad humana, el mismo autor ilustra, que esta, se entiende como el decoro que tienen las personas en la manera de comportarse hacia otras. Esto es, en la forma de relación de una persona para con otra u otras, de manera respetuosa, honorable y digna. La dignidad por lo tanto, “es la condición esencial de la persona; consiste en estar dotada de conciencia y libre albedrío que la lleva a la búsqueda de la verdad y el bien y que la distingue de los demás seres” (págs. 15-20). Por lo que tratar a alguien con dignidad es tratarle de una manera que los haga sentirse como individuos valorados.

Asimismo, Couceiro, A (1999) en relación al principio del respeto, que es “en toda acción e intención, hay que tratar siempre a cada uno y a cada una, como así mismo y a los demás con el respeto que le corresponde por su dignidad y valor como persona” (pág. 30). Esto quiere decir, que todo ser humano tiene dignidad y valor inherentes, y que tan solo por su condición básica de ser humano merece respeto a su persona, a su individualidad, a su posición como paciente.

También refiere el mismo autor, que el respeto a la individualidad personal se inicia, con el respeto hacia la propia persona ya que el estado original del respeto está basado en el reconocimiento del propio ser como una entidad única. La conciencia elevada de saber “quién soy” surge desde un espacio auténtico de valor puro. Con la comprensión del propio ser. Esto conlleva se experimentar el verdadero auto respeto de la persona.

En relevancia a lo que se ha descrito anteriormente, el Código de Ético Venezolano (1999), también establece en relación a la atención al enfermo, que se debe proteger la individualidad del paciente. En tal sentido, cuando una persona

acepta ingresar a un hospital sabe que pasará por ciertas incomodidades, tales como: ser interrogado un número de veces superior al necesario, ser examinado con una velocidad y destreza que tenga el profesional que realice el estudio, ser observado por médicos, enfermeras y estudiantes, por lo es importante tener en cuenta la individualidad del paciente respetando y protegiendo su privacidad.

En relación, al respeto de la individualidad personal, a cada persona le agrada ser llamado por su nombre. Amaro Cano M. C. (2005) refiere, que la intimidad y la individualidad es la parte de la vida de una persona que no ha de ser observada desde el exterior, y afecta sólo a la propia persona. También, dentro del ámbito privado de un individuo el ser llamado por su nombre y apellido, es de mucho valor para él o para ella, dar cualquier información que se refiera a sus datos personales, relaciones, salud, entre otros.

Asimismo, el autor refiere, que el problema que está presentando es para él o para ella tan importante como el de otro paciente, por lo que, ser identificado por su nombre y apellido constituye para el enfermo el ser tratado como persona individual que merece respeto. Por lo tanto el derecho a la individualidad consiste en una especie de barrera o cerca que defiende la autonomía del individuo humano frente a los demás y, sobre todo, frente a las posibles injerencias indebidas de los poderes públicos, sus órganos y sus agentes.

Igualmente el mismo autor hace referencia, al el respeto a la individualidad, el mismo tiene inherencia con respecto al derecho del paciente a que no le invadan esa intimidad, a que no lo presionen a revelar algo que considera de su mundo interior, que para él o para ella resulta incomunicable, y se traduce en el acceso limitado a la información; por otra parte, el respeto a la intimidad implica dar al paciente el tiempo y el espacio necesario para entender y decidir, dándole la primacía a su libertad.

Del mismo modo esta, el respecto a la privacidad personal, donde hay que distinguir dos formas de respeto: una está relacionada con la privacidad de la persona, y otra con la privacidad de la información. Es por esto, que la privacidad personal, puede ser definida como aquel ámbito de la vida personal de un individuo, que se desarrolla en un espacio reservado y debe mantenerse con carácter confidencial.

Por otro lado, y según el Diccionario Espasa Calpe (2001), define a la privacidad como “ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión” (pág. 350) e intimidad se define como “zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia” (pág. 889). Es decir, que la privacidad provee al individuo de un límite entre su vida y la de otros, provee respeto y protege la libertad.

Es por esto que es importante, proteger el cuerpo del paciente cuando le hacen el examen médico, designa el respeto a la privacidad del enfermo, la intimidad y la confidencialidad. Bien lo señala, Yepes R. (1997), cuando considera que el cuerpo es parte de la intimidad, por lo que el pudor se muestra entonces como resistencia a la desnudez, por lo tanto, mediante el acto y el gesto pudoroso, tan cercano e interno del ser humano, puede manifestarse el rechazo a la persona que lo rodea, como una simple cosa, ya que debe ser respetado en su intimidad y privacidad.

Además, se tiene que la enfermera(o) debe actuar con prudencia. Torralba (2002) refiere que la dignidad del paciente debe manejarse con prudencia y con cautela, ya que al actuar con sensatez se puede proteger la vida de la persona, respetando la libertad individual. Teniendo respeto hacia el acceso de la información privada que ha confiado el paciente al profesional de salud, el cual ha hecho un compromiso de lealtad para no fallarle al paciente.

En tal sentido, ser confidente según el mismo autor, es tener capacidad de escuchar y de tener discreción ante la persona, en otras palabras, es tener tacto, saber estar a tiempo, saber en definitiva lo que se tiene que hacer. Es saber decir lo más conveniente y saber callar cuando es oportuno. Por otro lado está, el respeto al principio de autonomía del paciente, es el derecho que tiene todo ser humano tanto de decidir, como de disponer sobre todo lo que corresponde a su cuerpo, hace referencia a capacidad de las personas de deliberar sobre sus fines y de obrar bajo la dirección de esta deliberación.

En este contexto, Gracia, D. (1991), enfatiza que el principio de autonomía, es la “capacidad que tiene la persona para pensar, decidir y actuar, basándose en razonamientos y decisiones que se tomen de manera libre e independiente, sin influencias o impedimentos” (pág.20). De modo que, el principio de autonomía, significa valorar las consideraciones y opciones de las personas y abstenerse a la vez de ponerle obstáculos a sus acciones, a no ser que estas sean claramente perjudiciales para los mismos. La autonomía del paciente se vincula con otro derecho también fundamental de la ética que es la beneficencia y obligación.

También debe considerarse la libertad de decisión, que es el proceso en el cual se hace una elección entre las opciones o formas para resolver diferentes situaciones de la vida en diferentes contextos, esta consiste, básicamente, en elegir una opción entre las disponibles, a los efectos de resolver un problema actual o potencial aun cuando no se evidencie un conflicto latente. Por lo que la enfermera(o) puede pedir la opinión o preferencia sobre un cuidado al paciente para que este libremente decida, como quisiera recibirlo.

De manera que, la toma de decisiones, no significa libertad para hacer todo lo que la persona desee o para actuar según sus caprichos. Una decisión autónoma es aquella que se basa en pensamientos racionales y se lleva voluntariamente y no bajo

un elemento de engaño o coacción y para ello debe poseer una información adecuada y comprensible de acuerdo con el nivel cultural que posee el paciente.

Otra que debe ser tomada en cuenta es, la actuación del paciente de manera voluntaria. Si la habilidad para tomar decisiones se puede practicar y mejorar la manera de hacerlo, ya que parece ser que las personas hábiles en la toma de decisiones tienen capacidad para clasificar las distintas opciones según sus ventajas e inconvenientes y, una vez hecho esto, escoger la que parece mejor opción. La actividad voluntaria, de la que se hace referencia, es que el sujeto que decide o de la persona que decide, en este caso es el paciente, el cual deberá estar claro.

En tal sentido, Castañer, O. (1996) afirma que una descripción de acto libre “es el hecho en el cual la persona quiere un bien, simplemente porque su voluntad ha decidido que él sea su bien, o lo apropiado que valga para ella o para él.”(pág. 56, 57). Esto podría interpretarse en el campo de la enfermería como, dejar que el paciente tome una decisión autónoma que lo favorezca o que no sea una decisión voluntaria no factible que pueda acarrear consecuencias posteriores.

De modo que, mediante la actividad voluntaria, la enfermera(o) puede permitir al paciente participar en los procedimientos, con respecto algún cuidado, por lo tanto, la decisión libre de la persona está en sí misma, en una independencia específica del mundo y del ambiente que lo rodea. En tal sentido, actuar voluntariamente, es activar la voluntad personal.

5.- SATISFACCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

El término de la satisfacción puede entenderse como la agradable reacción emocional de felicidad que percibe una persona tras haber cumplido un deseo o haber

alcanzado una meta. Por lo tanto, la satisfacción es un estado del cerebro producido por una mayor o menor optimización de la retroalimentación cerebral, en donde las diferentes regiones compensan su potencial energético, dando la sensación de plenitud e inapetencia extrema.

Al respecto, González F. (1998) señala que la satisfacción personal, es una valoración cognitiva que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo la calidad de vida, las expectativas y aspiraciones, los objetivos conseguidos basados en los propios criterios de la persona y que realiza de manera favorable. En tal sentido la satisfacción se ve influenciada por muchas variables, tanto de índole social como cultural, señalando entre las más relevantes, la edad, el sexo, e incluso las mismas características y rasgos de la personalidad, que pueden condicionar la valoración de la vida o un aspecto de la misma.

Es a partir, de la Teoría sobre la Motivación Humana, creada por Maslow (1991), que se formula una jerarquía de las necesidades humanas. Este supuesto defiende que conforme se satisfagan las necesidades básicas, los seres humanos desarrollan otras necesidades y deseos más elevados. De manera que, concebir las necesidades tan sólo como un déficit implica restringir su espectro a lo puramente fisiológico, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de falta de algo. Si algunas de las necesidades humanas dejan de ser satisfechas entonces se convierten en la prioridad más alta.

Sin embargo, a medida en que las necesidades son satisfechas, comprometen, motivan y movilizan a la persona a satisfacer otras. La necesidad de participar es permisible, tal como en la necesidad de afecto es viable de buscar afecto. Por tanto, la enfermera(o) deberá reconocer estos estados del paciente a partir de su propia experiencia y con la obtenida con otros pacientes, esto le permitirá estar dispuesta o dispuesto a ayudar a la satisfacción de la necesidades humanas de la persona

hospitalizada, teniendo conciencia de los factores limitantes como biológicos, intelectuales, emocionales, sociales, económicos, ambientales y patológicos.

Por su parte, Pascoe G (1983), afirma que la satisfacción del paciente está considerada como un elemento deseable e importante en la actuación asistencial, aunque intuitivamente el concepto es entendido por todos, no siempre existe acuerdo ni en lo que significa empíricamente ni en el significado de las evaluaciones.

Bien lo enfatizaron Donabedian y Koss (1992- 1994), cuando reseñaron que la satisfacción del paciente está íntimamente relacionada con los cuidados y las acciones del personal clínico que los atendió o sobre la organización de las urgencias, las consultas entre otros, indicando un valor como un indicador del resultado de la atención recibida.

Desde el punto de vista de enfermería, Eriksen L.P. (1988), planteó que en el cuidado hospitalario y la satisfacción del paciente hospitalizado existen seis perspectivas, como son, la dimensión arte del cuidado, que se enfoca a la cantidad de cuidado demostrado por el proveedor del cuidado de la salud, esto es la enfermera(o), esta incluye características como: el interés, consideración, amistad, paciencia y sinceridad hacia el paciente.

Asimismo, las características negativas son las conductas precipitadas como, la falta de respeto y causantes de dificultad, como el dolor, insulto o preocupación innecesaria, por parte del proveedor del cuidado de salud. La dimensión calidad y técnica del cuidado; que se refiere a la destreza y habilidades de los proveedores representa a los procedimientos necesarios para el cuidado, incluye la práctica, experiencia, perfección, entrenamiento, poner atención a los detalles, evitar errores hacer buenas indagaciones, y proporcionar claras explicaciones a los paciente.

Igualmente, el mismo autor, refiere la dimensión del ambiente físico; es el medio en el cual se proporciona el cuidado. La satisfacción del paciente con el ambiente incluye una atmósfera placentera, cama cómoda, sillas confortables, atractiva sala de espera, señales e instrucciones claras, buena iluminación, entre otros. La Dimensión de disponibilidad; esta se enfoca en el servicio y personal, los aspectos positivos incluyen conseguir una enfermera(o) cuando se necesita recibir el cuidado.

Además de lo anterior, menciona la dimensión de continuidad del cuidado, definida en términos de entrega por el mismo proveedor, por lo tanto las enfermeras(os) en cada turno deben seguir un servicio óptimo, minimizando la necesidad interferida hasta lograr satisfacer las expectativas del paciente con respuestas positivas a través de la verbalización de este: me siento mejor, valió la pena el tratamiento, el dolor disminuyó, gracias por haberme ayudado, entre otros.

Por último, está la dimensión de la eficacia/resultados del cuidado; esta se refiere a la percepción del paciente acerca del cuidado que espera del equipo de enfermeras(os). Los aspectos relacionados con la satisfacción incluyen alivio del dolor, participación en procedimientos, educación durante la estadía hospitalaria y luego la indicaciones al momento del egreso.

De manera tal que, medir la satisfacción del paciente que asiste a un establecimientos de salud para compensar cualquier necesidad biopsicosocial interferida es de suma importancia porque cada una de las acciones realizadas por el profesional de enfermería están contrastadas con las distintas dimensiones del cuidado, donde enfermería juega un papel relevante en la mejora de la salud y la satisfacción del paciente.

Aparte de esto, Eriksen puntualiza la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería, como “la congruencia o acuerdo entre las expectativas de los pacientes

cuidados y su percepción de la experiencia actual o recibida por parte de enfermería” (pág. 79). Esto quiere decir, que la satisfacción será manifestada por el paciente de acuerdo a lo que haya percibido o recibido por parte del profesional que le brindo los cuidados.

Además de lo anterior, existen otras características que inciden en la satisfacción del paciente como son: el sexo, la edad, la percepción del estado de la salud y número de hospitalizaciones del paciente; estos factores determinan diferencias en la evaluación del paciente respecto a su satisfacción.

De manera que, la asistencia de cuidados consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención de salud de óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos de lo que padece el paciente y del servicio que debe brindar enfermería; todo esto va redundar en lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POR EL CUIDADO TÉCNICO

En la práctica profesional de la enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer y por lo tanto el foco de atención y objeto de enfermería, como disciplina profesional. Tales cuidados es la resultante de una acción profesional enmarcada en un contexto social y de salud determinado por el efecto de una relación de ayuda interpersonal e individualizada enfermera-paciente.

Uno de los procedimientos básicos en enfermería a los pacientes hospitalizados es la medición de los signos vitales, estos son los indicadores basales del estado de salud del paciente. Son cifras de señales o reacciones que presenta un ser humano,

que revelan las funciones básicas del organismo. De tal manera, que ellos son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones) y expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados.

En tal sentido, esta práctica o técnica va repercutir en la satisfacción del paciente, porque él o ella, va a observar que es atendido por un personal calificado y preparado para el cuidado. Es por ello, que la satisfacción, con respecto a la atención brindada por el personal de enfermería tiene sus particularidades según la experiencia de cada paciente y la habilidad de cada profesional.

Otro procedimiento básico es, la higiene y confort, es todo aquello que produce bienestar y comodidades a la persona. Cualquier sensación agradable o desagradable que sienta el ser humano le impide concentrarse en lo que tiene que hacer. La mejor sensación global durante la actividad de una persona, es la de no sentir nada que le moleste, ya que la comodidad y el bienestar dependerá del entorno: bienestar interno y externo o ambiente que le rodea. De manera que, el confort va estar dado por distintos factores y va a repercutir en la satisfacción del paciente durante el tiempo de su hospitalización.

Es importante mencionar también, la higiene bucal que proporciona un aliento fresco en la mucosa oral del paciente. El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentó bacteriana. Por lo tanto, la satisfacción del paciente y del personal de enfermería puede ser recíproca, debido a que el paciente va tener reducción bacteriana en el área bucal, además del aliento fresco, sin halitosis y sin secreciones fétidas que corten la interrelación enfermera-paciente.

Por su parte, el baño en cama es una técnica de enfermería, bastante sencilla; que por el estado de salud, el enfermo no puede abandonar la cama. El baño en cama, además de proporcionar limpieza en la piel, también estimula la circulación venosa, de igual manera se elimina grasa acumulada, células muertas, entre otros. De modo, que la satisfacción de recibir este cuidado va estar centrado, en que el paciente tenga la sensación de comodidad, al refrescar la piel del calor, del sudor, de secreciones, del mal olor y otros.

Con respecto, a los cambios posturales del paciente hospitalizado, cuyo principio fundamental, es preservar la integridad de la piel evitando lesiones por presión u otros daños. La satisfacción del paciente encamado radicaría en tener la piel sana y libre de lesiones al finalizar la hospitalización, a través de la movilización periódica que le pudiera realizar el personal de enfermería en los diferentes turnos de trabajo, la cual está indicada cada 3 o 4 horas. La satisfacción por parte del que recibe los cuidados, es muy posible que manifieste su agradecimiento al personal que lo atiende diariamente, haciendo que el mismo se esfuerce por avanzar hacia su independencia y egreso hospitalario.

Otro factor que se debe tener en cuenta, es el ambiente de la habitación donde sea ubicado el paciente, es que este debe tener confort en toda la estadía hospitalaria; pues la temperatura ambiental que puede oscilar entre 23°C a 25°C, además de estar rodeado de un aire fresco, sin malos olores propiciando así, el descanso y sueño que es una de las necesidades fisiológicas necesarias para satisfacer en el día a día de la persona encamada un mejor ambiente que le proporcione salud y bienestar.

En cuanto a la alimentación del paciente, la dieta está en manos de los cuidadores o enfermeras(os) lograr que los pacientes coman lo suficiente y en forma regular la dieta sugerida por el especialista o nutricionista. Tratar que la hora de las comidas sea placentera, permitiendo a la persona comer a su propio ritmo. Asimismo,

el prestador de cuidados debe otorgar diariamente la cantidad de desayunos, comidas y cenas, conforme a la solicitud exigida en las órdenes de dietética. La satisfacción del paciente radica en que el alimento suministrado sea el adecuado y que vaya en pro de la salud del paciente.

Asimismo, para administrar el tratamiento al paciente, se debe comprobar siempre la identificación por nombre y apellido, verificar que sea el paciente que indica la ficha, llamándolo por su nombre. La satisfacción del paciente va estar basada en el cumplimiento de los cinco correctos. Por todo lo anterior realizado con extrema precaución va exceder para la satisfacción del paciente y permitir que el profesional vuelva a administrar el tratamiento cuando corresponda.

Otro procedimientos básico importante, es el cambio de cura en el paciente hospitalizado, que se verá reflejada en una cicatrización rápida y libre de infección. Por lo tanto, la satisfacción del paciente y de familiares crece a medida que las lesiones van sanando. Tal vez el paciente mostrará facie de alegría al personal que lo atiende a igual que los seres más allegado a este, mostraran agradecimiento a las enfermera(o) que ha brindado el cuidado.

Por otra parte, el proceso de enfermería, proporciona el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza las opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud que este esté presentando. Igualmente, tiene el propósito de satisfacer las necesidades del paciente cualquiera sea su condición y es enfermera (o) la que esta responsabilizada de atender estas necesidades hasta lograr restablecer la salud facilitándole un feliz egreso.

Partiendo de la etapa, de valoración, donde se conoce el estado de salud del paciente, esta le permite a la enfermera(o) adquirir la información específica

necesaria para la evaluación cefalo-caudal del paciente. Propiciará al profesional que realiza el cuidado a conocer el estado de salud del paciente. Algo que agrada a la persona o lo que satisface, es que la tomen en cuenta, que le brinden atención a lo que está presentando.

Por lo que la relación enfermera/paciente creará una oportunidad para el diálogo, permitiéndole al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas con el fin de establecer el plan de acción. El paciente se sentirá satisfecho al confirmar de manera directa que el personal de enfermería conoce la situación que está exteriorizando y se sentirá seguro del cuidado que recibirá durante su hospitalización.

En este mismo orden de ideas, está la fase planificación, donde se explican los procedimientos y se establecen prioridades, con base a jerarquizar las necesidades que tiene el enfermo, y determinado el diagnóstico se desarrollará un plan de enfermería que se ajustará a los objetivos e intervenciones para minimizar la alteración que tiene el paciente. Para lograrlo la enfermera(o) debe explicar todos los procedimientos, de manera que este colabore con todos los planes que irán en pro de ayudarlo a restablecer la salud, seguro que sentirá satisfacción y estará dispuesto a colaborar con el personal que realiza el cuidado.

Por consiguiente esta, la etapa de ejecución, donde se cumplen con las actividades planificadas. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible para todos los que intervengan en el cuidado. En tal sentido, la satisfacción de paciente se verá reflejada al tener respuestas sobre los resultados obtenidos: disminución del dolor y la fiebre, resultados laboratorios que indican que ya no hay infección.

Asimismo, si el progreso hacia la meta es lento, la evaluación y revisión de las actividades realizadas deberá ser revisadas diariamente para buscar alternativas para cambiar el plan de cuidados, y de acuerdo a ello se hará una retroalimentación de las actividades, eliminando algunas y dejando a otras que vayan en pro de la mejoría del paciente. Todo el proceso dejará entendido el agrado o desagrado del paciente mientras este dure hospitalizado.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POR EL CUIDADO AFECTIVO

Partiendo que la enfermera(o) requiere de competitividad profesional, múltiples habilidades y relación armónica enfermera- paciente, es muy importante que tome en cuenta que a diario se transmite un impacto personal mediante la comunicación sea verbal o no verbal. El mejor momento para la comunicación con una persona o con un grupo, hay que determinarlo de antemano, es decir, buscar un tiempo conveniente para discutir el problema y buscarle solución.

En tal sentido, una comunicación efectiva, es cuando se expresa a una velocidad o ritmo adecuado, con palabras entendibles. Que expresen el mensaje que desea el interlocutor transmitir. La enfermera(o) deberá considerar el momento apropiado para comunicar el mensaje al paciente, por lo que puede satisfacer las demanda del enfermo si existe una buena interacción comunicativa entre las partes.

Es por esto, que la enfermera(o) que suministra los cuidados, al inicio de turno, debe poner atención a las palabras dirige al paciente, de modo que pueda oír lo que se le está diciendo y manifestando con sus gestos y ademanes, partiendo que escuchar no es un proceso pasivo, sino que requiere de máxima concentración y esfuerzo. En otras palabras, para ser eficaces en el proceso de la comunicación efectiva, no solo hay que hablar bien, sino que escuchar atentamente cuando una persona habla.

Por lo que al recibir el turno, la enfermera(o) debe interesarse e informarse del estado salud del paciente, conocer se hay órdenes pendientes, si hay rechazó o cambio en algún medicamento, preguntarle al paciente, cómo se siente usted hoy, como ha pasado el día. La satisfacción del paciente radicará primeramente si fue atendido de manera consciente interesada y voluntaria por el profesional.

Con respecto al paciente hospitalizado, durante el turno el cuidador deberá estar pendiente si el paciente se siente satisfecho o siente algún desagrado por alguna actividad no cumplida a su persona, por ejemplo, la omisión o el no cumplimiento del tratamiento en presencia de dolor en la venopunción o también el descuido del profesional al no acercarse a la cama del paciente e informarse lo que este necesita, conocer la inquietud que lo embarga e le irrita.

Por tal razón, dicha comunicación efectiva puede resultar extraordinariamente importante, en especial en situaciones de crisis, cuando las palabras pueden fallar por completo, o no ser suficientes para transmitir lo que se siente. Los gestos comunican ciertos estados emocionales que las palabras pueden ocultar, sean, gemidos, lloro, quejidos, incomodidad y otros, por lo que la enfermera(o) debe saber interpretar lo que presenta el paciente durante el turno de trabajo. La satisfacción del paciente puede ser evidenciada cuando manifiesta sentirse mejor, más tranquilo, con menos molestias, con menos dolor o ardor, entre otros.

Asimismo, al final del turno, la entrega del paciente es tan importante como cuando se recibe el turno. La enfermera(o) encargada del cuidado, debe hacer hincapié de la información de manera detallada al personal que recibe, corroborando a través de resultados: laboratorio, pruebas diagnósticas, tratamientos, si ha habido o no mejoría en el paciente y comunica las ordenes pendientes o el tratamiento cumplido si fuere el caso. La satisfacción del paciente se verá reflejada al manifestar la atención recibida por el personal de enfermería.

En cuanto, a la relación empática, hay que hacer énfasis en la comprensión que debe tener la enfermera(o) hacia el paciente. Marroquín M. (2008) refiere, que la empatía trasciende como sentimiento moral en consonancia afectiva con las otras personas, puede estar más relacionada con la comprensión, es decir, participación en el sufrimiento de otros. De manera que la enfermera(o) que manifiesta una relación empática con el enfermo desde el momento que ingresa puede estar mostrando comprensión y busca la manera de ayudar para satisfacer de manera inmediata el ciclo vital del enfermo.

Otro componente importante anexado a la empatía del profesional que brinda el cuidado es, el de transmitir seguridad mientras se ejecutan las actividades al enfermo, haciendo que a través de un carácter de fácil acceso, se manifieste, la cortesía, la credibilidad, la seguridad, la accesibilidad enfermera(o). De manera, que la satisfacción del paciente va estar basada en la seguridad que muestre la enfermera(o) al momento que aborda el problema y la estrategia que escoge para resolverlo.

También se dice, que la relación empática, infunde confianza. Alexander G.C., (2003), refiere que, cuanto mejor sea la relación en términos de respeto mutuo, conocimiento, confianza, valores compartidos y perspectivas sobre la interrelación enfermera-paciente, y el tiempo disponible para el cuidado, mejor será la cantidad y calidad de servicio que reciba el enfermo por parte del profesional. La satisfacción se será manifestada por el paciente cuando este expresa verbalmente, a la enfermera(o), me atendió muy bien, con usted me sentí confiado, tranquilo, al hacerme todo sin tanto dolor.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POR EL CUIDADO ÉTICO

Conociendo que el respeto es un derecho que poseen todos los seres humanos, toda persona tiene dignidad y valor inherentes, solo por su condición básica de ser humano lo condiciona para que sean irremplazables, por lo que la dignidad se aplica tanto a aquellos que tienen uso de sus facultades como a aquellos que las han perdido o la sienten vulneradas por situaciones ajenas a su voluntad.

Es por esto, que el individuo no abandona su condición de persona al momento de ser hospitalizado, por lo que es importante el respeto a la individualidad esté ingresado en una sala de hospitalización o en la unidad de cuidados intensivos, el derecho de persona está presente este consciente o inconsciente, por lo que merece ser respetado. De hecho, las notas definitorias de la persona siguen estando presentes, en sus registros, en los procedimientos, por lo cual es importante que el personal de enfermería llame al paciente por su nombre y considere su individualidad como persona.

Es por esto, que el respeto a la intimidad hace referencia por una parte al derecho que tiene el paciente a que no se le invada su privacidad, a que no lo presionen a revelar algo que considera importante para él. Por esto, el personal de enfermería que atiende al paciente debe tener presente, el respetar la dignidad del enfermo en todos los ámbitos biopsicosociales y de seguro que se sentirá satisfecho por el cuidado suministrado.

Por otro lado, el respeto a la privacidad personal del paciente, puede estar relacionada con la privacidad de la información o con la protección a su intimidad al realizar un procedimiento; sea examen físico o el baño en cama, por lo que es muy probable que él paciente se sienta satisfecho o agradado del personal que suministra el cuidado, al ser protegido o separado por un biombo para que no vean su desnudez o

se revele información que él no desea que conozcan otras personas que se encuentran en el colectivo.

Asimismo, actuar con prudencia hacia el paciente es parte de la moral, por cual guarda relación con la privacidad del paciente. De modo, que la satisfacción del paciente estará determinada por el respeto a su persona cuando la enfermera(o) actúa con sensatez respetando las limitaciones del paciente, su privacidad y su autonomía.

Con respecto a la satisfacción del paciente por respecto al principio de autonomía. El principio de autonomía asigna también otra dimensión que es, la voluntad del individuo: los bienes que los derechos individuales protegen según ese principio, no sólo deben satisfacer la condición del ser humano, sino ser un recurso que facilite la libre elección de planes de vida, también la de que su posesión no sea incompatible con la materialización del proyecto que el individuo ha elegido.

Por lo tanto, Nino, C. (1989), afirma que “la autonomía consiste en la libertad que tiene la persona para elegir las propias acciones y decidir en consecuencia sobre la elección de los medios que conduzcan a los efectos elegidos” (pág. 204). Esto quiere decir, la responsabilidad que tiene el paciente para decidir que quiere hacer o que debe hacer y las consecuencias de sus actos libremente elegidos y decididos voluntariamente, haciendo posible que se sienta satisfecho de elegir por sí mismo cualquier decisión.

Es por esto, que se dice, si el paciente tiene la autonomía y la libre decisión, es decir, tiene la capacidad para pensar /actuar voluntariamente, de manera que, para coaccionar o no su salud, debe buscar ayuda que le ofrezcan alternativas o den consejos para no imponer su decisión voluntaria o incriminar al personal de enfermería ante su decisión o la propia responsabilidad que dependa de este para solucionar cualquier eventualidad que ocurra durante su estadía hospitalaria.

De modo, que la satisfacción va estar dada en la capacidad que tenga el paciente para pensar sobre la situación y cuál es la mejor alternativa sin que ponga en riesgo su vida. Por lo tanto, es importante que la enfermera(o) que está al cuidado, oriente al mismo sobre los riesgos potenciales que corre su salud y le deje actuar voluntariamente que decida por sí mismo que medida tomar sin perjudicar a su persona que necesita reestablecer su salud.

6.- GESTIÓN DEL PROCESO DE CUIDADO ADMINISTRATIVO

Conociendo que, el cuidado directo de enfermería no tiene un concepto único, ni homogéneo, no obstante, se encuentra en una tendencia hacía una acción encaminada a la recuperación del enfermo, mediante la planificación control y evaluación de actividades de los cuidados administrativos por enfermería, así como, la disposición encontrada en la interacción con la persona cuidada y la del cuidador.

Asimismo, la satisfacción del paciente hospitalizado es un fenómeno complejo que se atribuye tanto a los resultados que se puedan obtenerse en la salud individual y colectiva como al éxito en las medidas que se apliquen en el campo de la enfermería en el establecimiento salud, teniendo en cuenta que la satisfacción del paciente constituye uno de los más versátiles indicadores de calidad de cuidado; donde las acciones de enfermera(o) es el resultante que cumple con las expectativas del paciente hospitalizado.

De este modo, ante el desempeño de las cuatro funciones básicas, la gestión del proceso de cuidado administrativo, es compleja pero necesaria, pues el ejercicio profesional debe ser aplicado dentro del establecimiento de salud, para así cooperar efectivamente con el paciente hospitalizado, que es el centro de atención del cuidado,

y los profesionales que lo suministran, coordinado y supervisado por la enfermera gerente medio que cumple las funciones en el servicio que tiene a su cargo.

7.- SISTEMA DE HIPÓTESIS

7.1.- HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en sus factores: dimensión técnica, afectiva y ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en sus factores: dimensión técnica, afectiva y ética.

7.2.- HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

7.2.1.- Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión técnica y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado técnico.

7.2.2.- Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión técnica y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado afectivo.

7.2.3.- Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión técnica y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado ético.

7.2.4.- Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión afectiva y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado técnico.

7.2.5.- Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión afectiva y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado afectivo.

7.2.6.- Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión afectiva y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado ético.

7.2.7.- Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado técnico.

7.2.8.- Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado afectivo.

7.2.9.- Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado ético.

8.- SISTEMA DE VARIABLES

Variable 1: Prestación del cuidado por la enfermera de cuidado directo

Definición conceptual: Según Leininger (1991); El cuidado, “son aquellos actos de ayuda, apoyo o facilitación a otro individuo o grupos con necesidades anticipadas o evidentes para mejorar o beneficiar una situación o forma de vida humana” (pàg.184). Es decir, que el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, es la esencia de Enfermería.

Variable 2: Satisfacción del paciente hospitalizado por la prestación del cuidado por la enfermera de cuidado directo

Definición Conceptual: Caminad J. (2001), define la satisfacción “como las percepciones subjetivas de la persona acompañadas de las expectativas previas que configuran la expresión de la calidad del servicio (pág. 78). Es decir, la satisfacción del usuario depende de la solución de sus problemas, del resultado de sus expectativas.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE 1: Prestación del cuidado por la enfermera de cuidado directo (ECD).

Son acciones que realiza la enfermera (ro) de cuidado directo al paciente hospitalizado, enmarcados en las dimensiones: técnica, afectiva y ética para satisfacer sus necesidades.

FACTORES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
<p>1.-Dimensión Técnica del cuidado Son las actividades que cumple la enfermera (ro) de cuidado directo para satisfacer las necesidades del paciente hospitalizado referidas a procedimientos básicos y proceso de enfermería.</p>	<p>1.- Procedimientos básicos Se refieren a las actividades que cumple la enfermera (ro) de cuidado directo para satisfacer las necesidades del paciente hospitalizado a través de: medición de signos vitales, higiene y confort, movilización, ambiente, alimentación administración de medicamentos, cambios de cura.</p>	<p>Medición de Signos Vitales .Controla presión arterial .Mide de temperatura .Controla el pulso .Número de respiraciones</p> <p>Higiene y Confort .Lavado bucal .Baño en cama</p> <p>Movilización corporal .Cambios posturales</p> <p>Ambiente de la habitación .Limpio</p> <p>Alimentación .Dieta indicada</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE 1: Prestación del cuidado por la enfermera de cuidado directo (ECD)

Son acciones que realiza la enfermera (ro) de cuidado directo al paciente hospitalizado, enmarcados en las dimensiones: técnica, afectiva y ética para la satisfacción de sus necesidades.

FACTORES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
	<p>2.- Proceso de Enfermería Son las actividades que cumple la enfermera (ro) de cuidado directo al paciente hospitalizado previo a la ejecución de los procedimientos básicos, relacionado con: la valoración, la planificación, la ejecución y la evaluación del cuidado en cada turno.</p>	<p>Administración de medicamentos .Oral .Intravenoso Cambio de curas .Diarias Valoración .Información sobre el estado salud actual .Identificación de problema Planificación .Explica los procedimientos Ejecución .Cumple con las actividades Evaluación .Revisión de las actividades realizadas.</p>	<p>10 11 12 13 14 15 16 17</p>

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE 1: Prestación del cuidado por la enfermera de cuidado directo (ECD)

Son acciones que realiza la enfermera (ro) de cuidado directo al paciente hospitalizado, enmarcados en las dimensiones: técnica, afectiva y ética para satisfacer sus necesidades.

FACTORES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
<p>2.-Dimensión Afectiva del Cuidado Son las acciones que emprende la enfermera (ro) de cuidado directo para establecer relación de ayuda terapéutica al paciente hospitalizado a través de una comunicación efectiva y una relación empática.</p>	<p>1.- Comunicación Efectiva Son acciones que realiza la enfermera (ro) de cuidado directo para transmitir y recibir información de interés del paciente hospitalizado, al inicio del turno, durante y al final del turno.</p>	<p>Al inicio del turno .Cómo se siente .Cambio de tratamiento</p>	<p>18 19</p>
	<p>2.- Relación Empática Es la capacidad que tiene la enfermera (ro) de comprender y responder adecuadamente a las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente hospitalizado a través de la comprensión, al transmitir seguridad e inspirar confianza.</p>	<p>Durante el turno .Atención al llamado inmediato .Se asegura que hay mejoría</p> <p>Al final del turno .Comprende al paciente .Entrega al paciente.</p> <p>Comprensión .Trasmite seguridad .Inspira confianza</p>	<p>20 21 22 23 24 25</p>

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE 1: Prestación del cuidado por la enfermera de cuidado directo (ECD)

Son acciones que realiza la enfermera (ro) de cuidado directo al paciente hospitalizado, enmarcados en las dimensiones: técnica, afectiva y ética para satisfacer sus necesidades.

FACTORES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
<p>3.-Dimensión Ética del Cuidado Se refiere a las acciones que realiza la enfermera (ro) del cuidado directo en relación al paciente hospitalizado en el marco de los principios éticos basados en: el respeto a la dignidad humana y respeto a la autonomía.</p>	<p>1.- Respeto a la dignidad del Paciente Son acciones que realiza la enfermera (ro) de cuidado directo al paciente hospitalizado con relación a la dignidad humana: respetando la individualidad, la privacidad, y la prudencia.</p> <p>2.-Respeto al Principio de Autonomía del Paciente Son acciones que realiza la enfermera(ro)de cuidado directo al paciente hospitalizado basándose en el respeto de autonomía como es: libertad de decisión y actuar voluntariamente</p>	<p>Respeto a la individualidad .Llama al paciente por su nombre</p>	26
		<p>Respeto a la privacidad personal .Protege al paciente</p>	27
		<p>Actuar con prudencia .Uso de la discreción</p>	28
		<p>Libertad de decisión .Decide por sí mismo</p>	29
		<p>Actúa voluntariamente .Colabora con los procedimientos</p>	30

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE 2: Satisfacción del paciente hospitalizado

Son las expresiones de agrado o desagrado por parte del paciente hospitalizado en relación con el cuidado prestado por la enfermera (ro) de cuidado directo referido a: satisfacción con el cuidado técnico, afectivo y ético.

FACTORES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
<p>1.-Satisfacción por el Cuidado Técnico. Son todas aquellas expresiones de agrado o desagrado del usuario hospitalizado por el cuidado proporcionado por la enfermera(ro) de cuidado directo en el cumplimiento de los procedimientos básicos y el proceso de enfermería</p>	<p>1.- Procedimientos Básicos Son todas aquellas expresiones de agrado o desagrado del paciente hospitalizado por la manera como la enfermera (ro) de cuidado directo le realiza los procedimientos básicos requeridos: medición de signos vitales, higiene y confort, movilización, ambiente de la habitación, alimentación, administración de medicamentos, cambios de cura.</p>	<p>Medición de signos vitales .Presión arterial .Uso del termómetro .Palpa el pulso .Número de respiraciones</p> <p>Higiene y Confort .Lavado bucal .Baño diario</p> <p>Movilización postural .Cambios de posición.</p> <p>Ambiente de la habitación .Limpia</p> <p>Alimentación .Dieta indicada</p> <p>Administración de medicamentos .Pastilla a la hora indicada .Dosis intravenosa</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</p>

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE 2: Satisfacción del paciente hospitalizado

Son las expresiones de agrado o desagrado por parte del paciente hospitalizado en relación con el cuidado prestado por la enfermera (ro) de cuidado directo referido a: satisfacción con el cuidado técnico, afectivo y ético.

FACTORES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
	<p>2.- Proceso de Enfermería Son todas aquellas expresiones de agrado o desagrado del paciente hospitalizado en relación con el proceso de la enfermera (ro) de cuidado directo en relación a la valoración, planificación, ejecución y evaluación.</p>	<p>Cambios de curas .Curas diarias</p> <p>Valoración .Conocer el estado de salud .Identificación del problema</p> <p>Planificación .Explica los procedimientos.</p> <p>Ejecución .Cumple las actividades</p> <p>Evaluación. .Revisa las ordenes cumplidas.</p>	<p>12</p> <p>13 14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p>

OPERACIONALIZAON DE LAS VARIABLES

VARIABLE 2: Satisfacción del paciente hospitalizado

Son las expresiones de agrado o desagrado por parte del paciente hospitalizado en relación con el cuidado prestado por la enfermera (ro) de cuidado directo referido a: satisfacción con el cuidado técnico, afectivo y ético.

FACTORES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
<p>2.-Satisfacción por el Cuidado Afectivo Son todas aquellas expresiones de agrado o desagrado que manifiesta paciente hospitalizado por el cuidado que le proporciona la enfermera (ro) de cuidado directo cuando establece relación de ayuda terapéutica a través de la comunicación efectiva y la relación empática.</p>	<p>1.-Comunicación Efectiva Son todas aquellas expresiones de agrado o desagrado que manifiesta el paciente hospitalizado por el cuidado proporcionado por la enfermera (ro) de cuidado directo al transmitir y recibir información al inicio del turno, durante y al final del turno.</p>	<p>Al inicio del turno .Información por el estado salud .Evolución del tratamiento .Pregunta por órdenes pendientes</p>	<p>18 19 20</p>
	<p>2.- Relación Empática Son todas aquellas expresiones de agrado o desagrado que manifiesta el paciente hospitalizado por la relación empática que proporción a la enfermera (ro) de cuidado directo a través de la comprensión, al transmitir seguridad e infundir confianza.</p>	<p>Durante el turno .Atiende al llamado del paciente. Al finalizar del turno .Verifica si hay mejoría. .Entrega del paciente</p>	<p>21 22 23</p>
		<p>Compresión .Tramite seguridad .Infunde confianza</p>	<p>24 25</p>

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE 2: Satisfacción del paciente hospitalizado

Son las expresiones de agrado o desagrado por parte del paciente hospitalizado en relación con el cuidado prestado por la enfermera de cuidado directo referido a: satisfacción con el cuidado técnico, afectivo y ético.

FACTORES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
3.-Satisfacción por el Cuidado Ético Son todas aquellas expresiones de agrado o desagrado que manifiesta paciente hospitalizado por el cuidado proporcionado por la enfermera (ro) de cuidado directo en relación al principio de: respeto a la dignidad y respeto a la autonomía.	1.- Respeto a la Dignidad Son todas aquellas expresiones de agrado o desagrado que manifiesta el paciente hospitalizado por el cuidado proporcionado por la enfermera (ro) de cuidado directo en relación a la dignidad: respeto la individualidad, privacidad, y la prudencia.	Respeto a la individualidad .Llama al paciente por su nombre.	26
	2.-Respeto al Principio de Autonomía Son todas aquellas expresiones de agrado o desagrado que manifiesta el paciente hospitalizado por el cuidado proporcionado por la enfermera (ro) de cuidado directo con respecto a: capacidad para pensar y actuar voluntariamente.	Respeto a la privacidad personal .Proteger al paciente.	27
		Actuar con prudencia .Muestra discreción	28
		Capacidad para pensar: .Decide por sí mismo	29
		Actúa voluntariamente .Colabora con los procedimientos	30

9.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Comunicación: Es la interacción que se establece entre la enfermera(o) cuidador (a) con el paciente hospitalizado demostrando en su actitud, respeto, autenticidad, empatía, sencillez.

Comprensión: Es el la facultad que tiene una persona de comprender a otra siendo tolerante y respetuoso.

Cuidado: Es el proceso interactivo que de manera consciente cumplen las enfermeras cuidadoras, para satisfacer las necesidades del paciente hospitalizado.

Cuidado Afectivo: Se refiere a la comunicación que la enfermera cuidadora le suministra al paciente hospitalizado, demostrando respeto y afecto por la persona que cuida.

Cuidado Directo: Se refiere al profesional de Enfermería responsable de satisfacer las necesidades biopsicosociales y espirituales del paciente hospitalizado.

Cuidado Técnico: Se describe como todos aquellos procedimientos y técnicas que aplica la profesional de enfermería para satisfacer las necesidades fisiológicas del paciente hospitalizado.

Dimensiones del cuidado: Son todas las habilidades y conocimientos profesionales, prestados al paciente con trato respetuoso, tranquilidad y empatía y ética del cuidado de enfermería.

Dimensión Ética: Son comportamientos en la práctica de la profesión basados en los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional.

Relación Empatía: Es aquella que se da entre el cuidador y el cuidado, que contribuye a solidificar la base científica y mejorar la práctica diaria según las necesidades que tenga el paciente hospitalizado

Enfermera Cuidadora: Es la profesional de enfermería que tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados directo de manera consciente al paciente hospitalizado, interactuando de manera empática y respetuosa.

Prestación de cuidados de enfermería: son todas las actividades que realiza la enfermera(o) a los pacientes en general, fundamentados en los conocimientos técnicos científicos, donde la experiencia personal del cuidador forman parte del arte de cuidar.

Paciente: Es la persona que demanda de la enfermera (ro) los cuidados holísticos en busca de la satisfacción de las necesidades biopsicosociales y espirituales.

Paciente hospitalizado: se le denomina a la persona que visita un establecimiento de la salud por razones de diagnóstico o tratamiento y pasa el día y la noche en el recinto bajo el cuidado de enfermería.

Satisfacción: Son las manifestaciones de agrado que expresa el enfermo hospitalizado, por el cuidado recibido, referido a la seguridad, confianza, protección demostrada por la enfermera o enfermero que cumple la función de cuidador.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se describe el diseño metodológico de la investigación realizada, la población, la muestra, instrumento y procedimiento para la recolección de datos y finalmente las técnicas para la tabulación y análisis de datos. En tal sentido el marco metodológico es la descripción de cómo se realizó la investigación

1.- DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño de esta investigación es de carácter descriptivo ex post facto correlacional, como lo expresa Tamayo J. (2002) que, "Los estudios descriptivos son aquellos que están dirigidos a determinar como es y cómo está la situación de las variables que deberán estudiarse en la población" (pág. 135). Así mismo es un estudio transversal ya que la recolección de los datos se realizó en un solo momento, como lo describe el mismo autor, cuando refiere que "En los estudios transversales la recolección de la información se hace en un solo momento" (pág. 68). De manera, que la recolección de la información se obtuvo en el momento que decidió el investigador.

Asimismo, está enmarcado en un diseño tipo no experimental, por lo que Hernández S. (2006) refiere que estos "son estudios que se realizan sin manipulación deliberada de variables y en lo que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlo" (pág. 205). Por lo tanto, esta investigación no experimental cuantitativa se realizó sin manipular deliberadamente ninguna de las

variables ya que solo se observaron las situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente.

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

Hernández S. R. (2006) señala que la población es "La totalidad del fenómeno a estudio en donde la unidad de la población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. (pág. 256). Es decir, que el universo estudiado estuvo constituido por 80 pacientes que representaron aproximadamente el promedio de personas hospitalizadas semanalmente.

Por consiguiente, la muestra no probabilística fue de índole intencional, estuvo conformada por 20 pacientes adultos hospitalizados en distintas áreas: Medicina Interna, Alto Riesgo Obstétrico, Cirugía Adulto, Oncología, Cardiología y Traumatología, los cuales satisficieron los criterios de selección como: estar consciente, saber leer y escribir, y tener como mínimo cinco (5) días hospitalizados, y que deseen participar en la investigación al momento de su egreso hospitalario.

3.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con respecto a la encuesta, se dice, que es una técnica cuantitativa que consiste en una investigación realizada sobre una muestra de sujetos, representativa de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones sobre una gran cantidad de características objetivas y subjetivas de la población.

Por consiguiente, la encuesta en esta investigación, fue de tipo Cuestionario, que según Foddy, W. H. (1994), es un instrumento que operacionaliza las variables objeto de observación, por lo tanto las preguntas están basadas en los indicadores (pág.123). Asimismo, Hernández S. R (2006), señala que el cuestionario “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se piden la reacción del sujeto (pág. 147). En este mismo sentido, el instrumento fue construido con cinco categorías de respuesta en escala de Likert del 1 al 5

De manera que, se diseñó un cuestionario donde fueron inmersas las dos variables a estudiar; la primera: Prestación del Cuidado por la enfermera(o) de Cuidado Directo (ECD) en sus factores: Dimensión, Técnica, Afectiva y Ética, y la segunda: Satisfacción del Paciente Hospitalizado en sus factores: Dimensión, Técnica, Afectiva y Ética

En este mismo sentido, el instrumento fue construido en tres partes. La primera conformada por los datos: sociodemográficos. La segunda parte, conformada por la (Variable 1), compuesto por 30 ítems con cinco categorías de respuesta en escala de Likert del 1 al 5: Nunca (1 N), Casi nunca (2 CN), Algunas Veces (3 AV), Casi Siempre (4 CS), Siempre (5 S).

De la misma forma, la tercera parte fue conformada por la (Variable 2), compuesta por 30 ítems, con cinco categorías de respuesta en escala de Likert del 1 al 5: Muy Insatisfecho (1 MI), Poco Satisfecho (2 PS), Medianamente Satisfecho (3 MS), Satisfecho (4 S), Muy Satisfecho (5 MS). Cada una de estas categorías dio respuesta una vez verificado estadísticamente cada una de las preguntas construidas en el instrumento (Anexo A).

4.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez del instrumento se confirmó mediante la revisión de expertos (profesoras de la maestría y tutoras) cuyo aportes contribuyeron a mejorar la redacción para la elaboración definitiva. A continuación se realizó una prueba piloto, aplicando el instrumento a un número de cinco (5) paciente que se encontraban hospitalizados en el Hospital objeto de estudio y que estaban en preparación de ser egresados del establecimiento hospitalario, distribuidos en los distintos colectivos.

Asimismo, en la confiabilidad se aplicó la prueba de coeficiente de Alfa de Cronbach, que tiene la siguiente fórmula:

$$ALFA = (n / n-1) * (1 - (suma varianza ítems / varianza test))$$

$$ALFA = (30 / 29) * (1 - (16,10 / 288,30)) = 0,97$$

El resultado para la Variable 1: Prestación del cuidado por la enfermera(o) fue de 0,97 (Muy Bueno). Por consiguiente los resultados para la Variable 2: Satisfacción del paciente Hospitalizado, fue de 0,96. (Muy Bueno). (Anexo B).

5.-PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Con el fin de cumplir con el propósito del estudio se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- Se envió comunicación escrita a las autoridades administrativas del Hospital Tipo I Dr. José Elías Landinez, dirigida al Director Médico para solicitar su autorización y colaboración en la ejecución del estudio.

- Se entregó comunicación a la Gerencia de Enfermería y a la Coordinadora del área de Hospitalización, explicando de manera detallada el objetivo de la investigación y explicación en qué consiste del instrumento y a quién se aplicará el mismo.
- Se solicita permiso a la Enfermera Supervisora de guardia para poder abordar a los pacientes en proceso de egreso que deseen participar en el estudio.
- Se pide permiso a los pacientes hospitalizados en proceso de egreso para que participen voluntariamente en estudio, a través del Consentimiento Informado. De igual manera se le da las instrucciones de cómo llenar el instrumento. (Anexo C)

6.- TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

En este mismo orden de ideas, luego de obtener los datos, para obtener el análisis se aplicó el programa de paquete estadístico SPSS estadístico informático muy usado en las ciencias sociales.

Asimismo, la codificación y análisis estadístico se hizo mediante la estadística descriptiva, distribución de frecuencias en sus respectivas categorías absolutas y porcentuales, así como la aplicación del Coeficiente de Correlación de Pearson para cuantificar la fuerza de las relaciones entre las dos variables y sus factores.

CAPÍTULO IV

RESULTADO DE LA INVESTIGACION

El presente capítulo está estructurado por los resultados estadísticos referidos a la información relacionada con las dos variables del estudio aportadas por los pacientes hospitalizados en el Hospital Tipo I Dr. José Elías Landinez, quienes participaron en la investigación. Posteriormente se presentó el análisis e interpretación de los resultados y su vinculación con los enfoques teóricos de la administración del cuidado de enfermería.

1.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en la investigación se presentan a continuación, luego de su procesamiento con el paquete estadístico SPSS ver 19.0 para ambiente Windows. La información analizada se encuentra en tablas de frecuencia y de asociación, donde se muestran características socios demográficos y hospitalarios, consolidados y transformados en categorías de Dimensiones del Cuidado y Satisfacción, según la operacionalización de las variables en estudio.

El análisis estadístico se basó las respuestas de los pacientes hospitalizado en proceso de egreso según los valores atribuidos a las Dimensiones Técnica, Afectiva y Ética de los ítems evaluados, factores e indicadores. Para el cómputo de la categoría Satisfacción del paciente hospitalizado se consolidaron los factores e indicadores, y se procedió a obtener la media de las respuestas según los valores otorgados a cada categoría. En las Dimensiones del Cuidado Técnica, Afectiva y Ética, las categorías fueron: uno, Nunca (N); dos, Casi Nunca (CN); tres, Algunas Veces (AV); cuatro, Casi Siempre (CS) y cinco, Siempre (S).

Asimismo, para la variable Satisfacción la categoría fueron: uno, Muy Insatisfecho (MI); dos, Poco Satisfecho (PS); tres, Medianamente Satisfecho (MS); cuatro Satisfecho (S) y cinco, Muy Satisfecho (MS). Obtenidos los promedios de la codificación de las Dimensiones Técnica, Afectiva y Ética y Satisfacción, se tabularon los valores medios de todos los resultados de acuerdo a la siguiente clasificación: de 1 a 2,49 BAJA; de 2,50 a 3,49 MEDIA y de 3,50 a 5 ALTA.

Adicionalmente, para conocer la asociación o no entre los valores medios de cada paciente de acuerdo a la relación de factores y variables, se utilizó el análisis de correlación de Pearson. El nivel de significación de error muestral empleado para la pruebas de correlación corresponde a menos del 5% ($P < 0,05$).

2.- ANÁLISIS SE INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

2.1.- CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

TABLA No. 1

PRESTACIÓN DEL CUIDADO POR LA ENFERMERA DE
CUIDADO DIRECTO (ECD) Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN SEXO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	16	80
MASCULINO	4	20
TOTAL	20	100

Fuente: instrumento aplicado (Galíndez, 2014)

Un 80% de los pacientes investigados pertenecen al sexo femenino y el 20% al masculino.

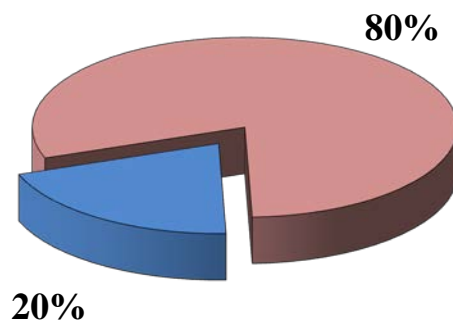
Como se puede observar, el índice mayor en la distribución de los pacientes investigados correspondió al femenino, esto puede estar relacionado con la preocupación y el interés que tiene la mujer actual para ser atendida a tiempo por cualquier alteración de salud que aqueja a la población, como son la prevalencia de alguna enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, entre otras, lo cual tiene relación con morbilidad hospitalaria y estadísticas nacionales, constituyéndose un hallazgo para esta investigación.

GRÁFICO 1

PRESTACIÓN DEL CUIDADO POR LA ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO (ECD) Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SEXO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



SEXO



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

TABLA No. 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN EDAD

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 - 29	5	25
30 - 49	8	40
50 - 69	4	20
70 O MÁS	3	15
TOTAL	20	100

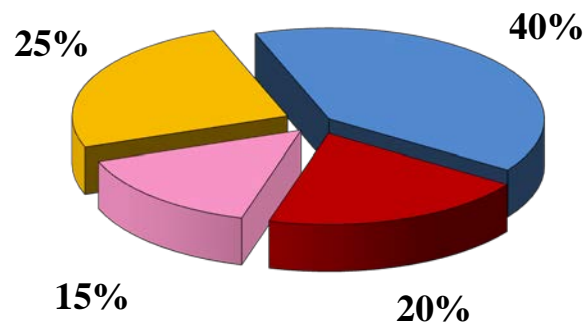
Fuente: Instrumento aplicado (Galíndez, 2014)

El grupo de edad mayoritario fue el de 30 a 49 años con representación del 40%, mientras que los de 18 a 19 años representan del 25% de los pacientes, luego aparecen los de 50 a 69 años con un 20% y los de 70 años o más fueron el 15% del grupo investigado.

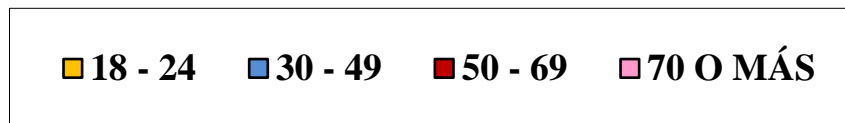
Con respecto a la distribución de los pacientes investigados según la edad, se observa que la mayoría de los encuestados osciló entre 30 a 49 años, por lo que se puede deducir que el grupo mayoritario se encuentra en la edad productiva, que por pertenecer al medio rural, son los menos protegidos y tienen mayor riesgo de enfermedades y accidentes de cualquier tipo.

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EDAD
HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



EDAD (AÑOS)



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

TABLA No. 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN MUNICIPIO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

MUNICIPIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BOLÍVAR	15	75
MONGE	5	25
TOTAL	20	100

Fuente: Instrumento aplicado (Galíndez, 2014)

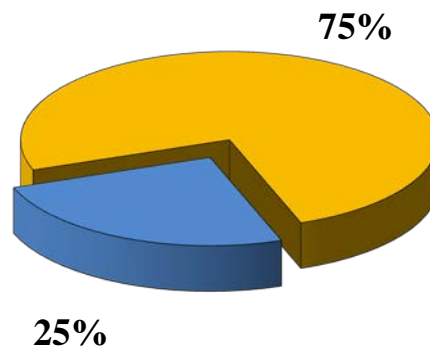
El 75% de los pacientes son referidos del Municipio Bolívar y el resto 25% del municipio Monge

En su mayoría la población de las comunidades que habitan en este municipio, asiste a esta institución asistencial por cualquier emergencia, debido a que está adyacente a su lugar de habitación, además de contar con los recursos materiales y humano, está para brindar los cuidados inmediatos, mediatos y tardíos al paciente sea cual sea su condición.

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN MUNICIPIO DE REFERENCIA

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



MUNICIPIOS



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

TABLA No. 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN ÁREA DE ATENCIÓN

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

ÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICINA	5	25
CIRUGÍA ADULTOS	4	20
CARDIOLOGÍA	3	15
TRAUMATOLOGÍA	3	15
ONCOLOGÍA	3	15
RIESGO OBSTÉTRICO	2	10
TOTAL	20	100

Fuente: Instrumento aplicado (Galíndez, 2014)

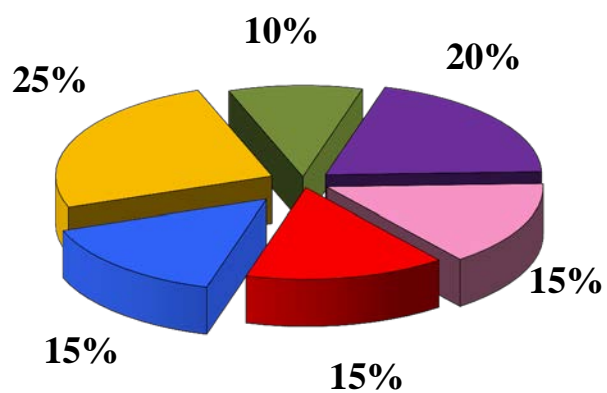
El 25% de los pacientes estudiados proceden del área de medicina, 20% en cirugía de adultos, con igual porcentaje del 15% en las áreas de cardiología, traumatología y oncología, y para finalizar hubo un 10% del grupo asistido en riesgo obstétrico.

Los resultados muestran que el mayor porcentaje de pacientes encuestado correspondió al área de medicina, esto puede estar vinculado con la morbilidad regional y nacional del país, indicando que existe un riesgo inminente entre los adultos por la prevalencia de las enfermedades más comunes, como la diabetes mellitus, infecciones respiratorias, alteraciones cardiovasculares, cáncer y otros. Lo que indica mayor incidencia de ingreso hospitalario.

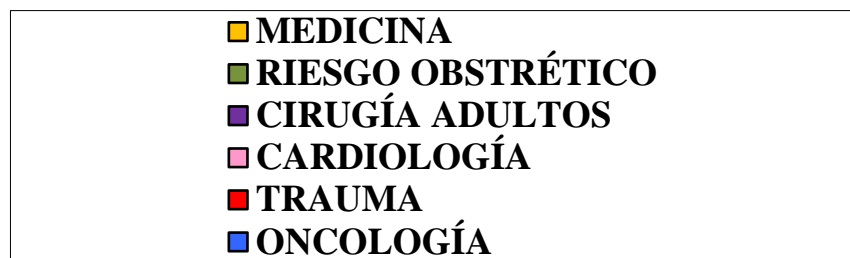
GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN ÁREA DE ATENCIÓN

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



ÁREA DE ATENCIÓN



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

2.2.- HIPOTESIS ESPECIFICA N° 1

Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión técnica y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado técnico.

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN TÉCNICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO TÉCNICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

NIVELES DE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO TECNICO				
PRESTACION DE CUIDADO DIMENSION TÉCNICA	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
BAJA	6 (75,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	8 (40)
MEDIA	0 (0,0)	7 (100)	0 (0,0)	7 (35)
ALTA	0 (0,0)	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (25)
TOTAL	6 (30)	10 (50)	4 (20)	20 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,971 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

Fuente: Instrumentos aplicados (Galíndez, 2014)

El 40,0% de los pacientes investigados opinaron que es BAJA la ocurrencia de la prestación del cuidado de enfermería en su DIMENSIÓN TÉCNICA (DT), 35,0% se ubicó en ocurrencia MEDIA y el 25,0% en el nivel de ALTA ocurrencia. Para la satisfacción por el cuidado recibido en el factor CUIDADO TÉCNICO (CT), un grupo del 50,0% opinó sentir un nivel MEDIO de satisfacción por ello, un 30,0% un nivel BAJO y el resto 20,0% un nivel ALTO.

En términos de la relación de los factores DT y CT, se determinó como se puede observar en la Tabla No. 5, que en la BAJA ocurrencia en cuanto a DT predomina también la BAJA satisfacción en el CT, pues en esta asociación se ubica el 75,0% de los pacientes del nivel de BAJA ocurrencia de la DT, mientras que el restante 25,0% es para satisfacción BAJA en el CT. En la ocurrencia MEDIA de la DT, todos (100%) los pacientes concuerdan en manifestar una satisfacción MEDIA por el CT. De los cinco pacientes que se colocaron, según su opinión, en ocurrencia ALTA del factor DT, el 80,0% coinciden en tener una ALTA satisfacción por el CT, mientras que el 20,0% corresponde a una satisfacción de nivel MEDIO en el CT.

Tal como se aprecia, hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores, el predominio porcentual en las tres casillas coincidentes en cuanto a niveles (BAJA – BAJA; MEDIA -MEDIA y ALTA - ALTA) respectivos de ocurrencia y satisfacción, determinando que a una mayor ocurrencia del factor DT se produce mayor satisfacción en los pacientes por el CT, puesto que los porcentajes son mayoritarios en las casillas mencionadas respectivamente (75,0%; 100% y 80,0%).

Lo establecido anteriormente, es ratificado por el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de ocurrencia y satisfacción no categorizados. En este sentido, se obtuvo un coeficiente igual a + 0,971, con un nivel de significación de $P < 0,0001$, mucho menor del 5% de error muestral fijado, corroborando los resultados ya mostrados en la Tabla No 5. Es decir, existe una relación estadísticamente significativa entre los FACTORES DIMENSIÓN TÉCNICA (DT) y el CUIDADO TÉCNICO (CT) aportado por las enfermeras que atendieron a los pacientes investigados.

Como se evidencia en las respuestas emitidas por las unidades muestrales, la Prestación de Cuidado en la Dimensión Técnica (DT) por parte de la (el) ECD, se ubicó en el nivel Baja (40%) - Media (35%), y en la Satisfacción expresada por los pacientes en cuanto al Cuidado Técnico (CT) recibido, se ubicó en el nivel Media

(50%) - Baja (30%), lo cual invita a una reflexión sobre las razones del porqué siendo la Dimensión Técnica, la función más conocida que mayormente es aplicada por enfermera(o) no fue relevante en los resultados.

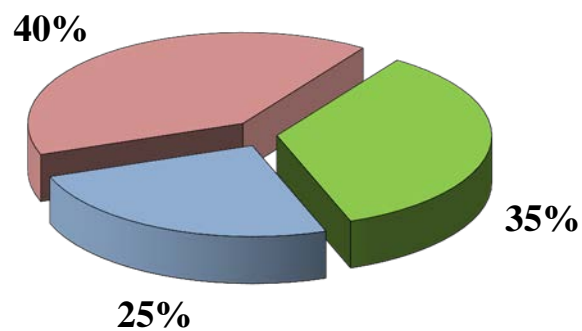
En relación a lo anterior, Waldow (1998) dice que, la dimensión técnica constituye la primera función de la enfermera(o) en el manejo y procedimientos directos al paciente. La realidad observada y revelada por los entrevistados sea otra.

Planteando la posibilidad que estén en juego tres factores como son; el déficit de enfermeras de cuidado directo, la escasez de recursos materiales para proporcionar el cuidado y el desconocimiento por parte de la ECD de las actividades técnicas que le corresponden cumplir.

GRÁFICO 5A

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN TÉCNICA

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



NIVELES DE OCURRENCIA

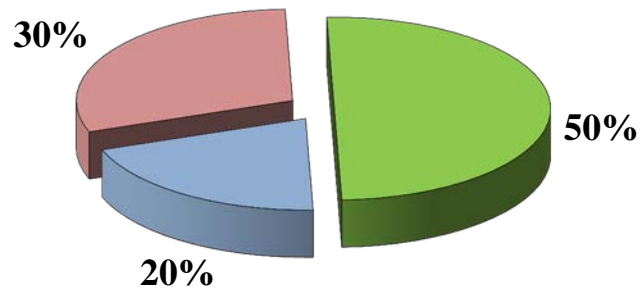


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

GRÁFICO 5B

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO TÉCNICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



NIVELES DE SATISFACCIÓN

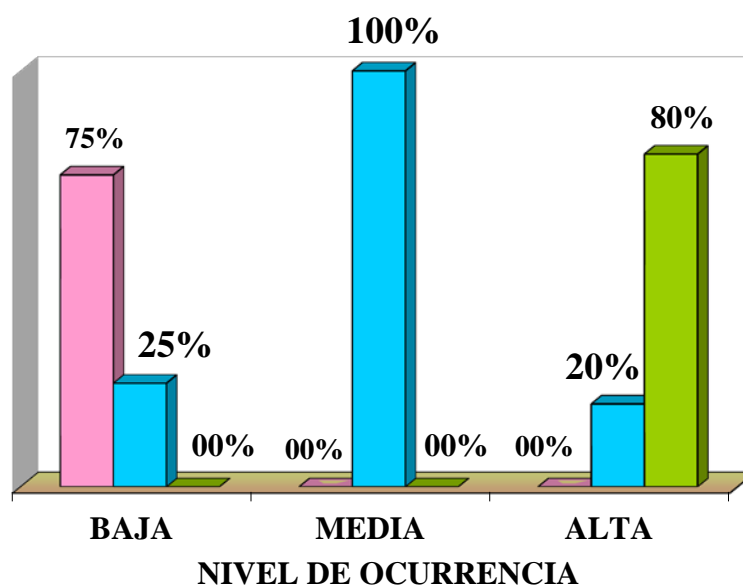


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

GRAFICO 5C

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN TÉCNICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO TÉCNICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



NIVELES DE SATISFACCIÓN



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS (GALÍNDEZ,

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,971 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

2.3.- HIPOTESIS ESPECIFICA N° 2

Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión técnica y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado afectivo.

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN TÉCNICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO AFECTIVO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

NIVELES DE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO AFECTIVO				
PRESTACION DE CUIDADO DIMENSION TÉCNICA	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
BAJA	6 (75,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	8 (40)
MEDIA	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0,0)	7 (35)
ALTA	0 (0,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (25)
TOTAL	7 (35)	10 (50)	3 (15)	20 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,893 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

Fuente: Instrumentos aplicados (Galíndez, 2014)

En el factor CUIDADO AFECTIVO (CA) se determinó que el 50,0% tenía un nivel de satisfacción MEDIA, el 35,0% de los pacientes un nivel BAJO y el resto 15,0% el nivel ALTO.

En la relación de los factores DT y CA, se determinó tal como se muestra la Tabla No. 6, que en la BAJA ocurrencia del factor DT predomina también la BAJA satisfacción en el CT, pues se ubica el 75,0% de los pacientes del nivel de BAJA

ocurrencia de la DT, mientras que el restante 25,0% es para satisfacción BAJA en el CA. En la ocurrencia MEDIA de la DT, el 85,7% está en el nivel de MEDIA satisfacción de CA y un 14,3% en BAJA satisfacción con respecto al factor CA.

En la ocurrencia MEDIA de la DT, el 85,7% está en el nivel de MEDIA satisfacción de CA y un 14,3% en BAJA satisfacción con respecto al factor CA. De los cinco pacientes ubicados en ocurrencia ALTA del factor DT, el 60,0% coinciden en tener una ALTA satisfacción por el CA, siendo el 40,0% con satisfacción de nivel MEDIA en el CA. Tal como se aprecia, hay una tendencia relevante, a establecer en la relación de ambos factores, predominio porcentual en las tres casillas coincidentes (BAJA – BAJA; MEDIA -MEDIA y ALTA - ALTA), lo que conduce a decir que una mayor ocurrencia del factor DT se logrará mayor satisfacción del CA en los pacientes, puesto que los porcentajes son mayoritarios en las casillas mencionadas respectivamente (75,0%; 85,7% y 60,0%).

Así se ratifica, dado el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores promedios de ocurrencia y satisfacción no categorizados. Se obtuvo un coeficiente igual a + 0,893, con un nivel de significación de $P < 0,0001$, mucho menor del 5% de error muestral fijado, lo que confirma los resultados de la Tabla No 6.

Por lo que se puede afirmar que hay una relación estadísticamente significativa entre los FACTORES DIMENSIÓN TÉCNICA (DT) y el CUIDADO AFECTIVO (CA) por parte de las enfermeras que atendieron a los pacientes investigados.

Al analizar los resultados, se observa que la Prestación de Cuidado en la Dimensión Técnica (DT) se ubica en un nivel Baja (40%) - Media (35%) y en la Satisfacción del Cuidado Afectivo (CA) en un nivel Media (50%) - Baja (35%) por

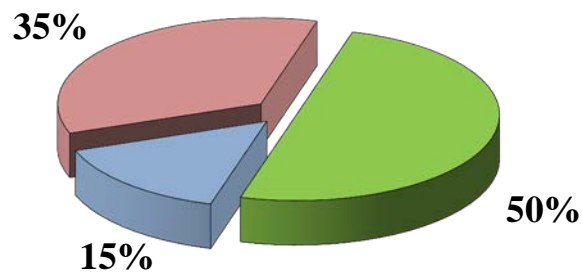
parte de la (el) ECD, es decir, que no se proporciona paralelamente los cuidados al paciente. Probablemente se exhiba, que en las instituciones de salud pública se hace más énfasis en las actividades técnicas y no en el cuidado afectivo.

Por lo que se puede considerar contrario a lo plantean, Waldow (1998) y Escobar (2004), cuando resaltan, que el cuidado es un proceso relacional que involucra no solamente la satisfacción de las necesidades fisiológicas en la aplicación de los procesos técnicos. Sino que involucra también las necesidades de afecto del paciente, que lo manifiesta a través de su silencio, de su soledad, de su poca cooperación durante la estadía intrahospitalaria y que requiere de medidas de apoyo psicológico por parte de la ECD.

GRÁFICO 6A

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO AFECTIVO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



NIVELES DE SATISFACCIÓN

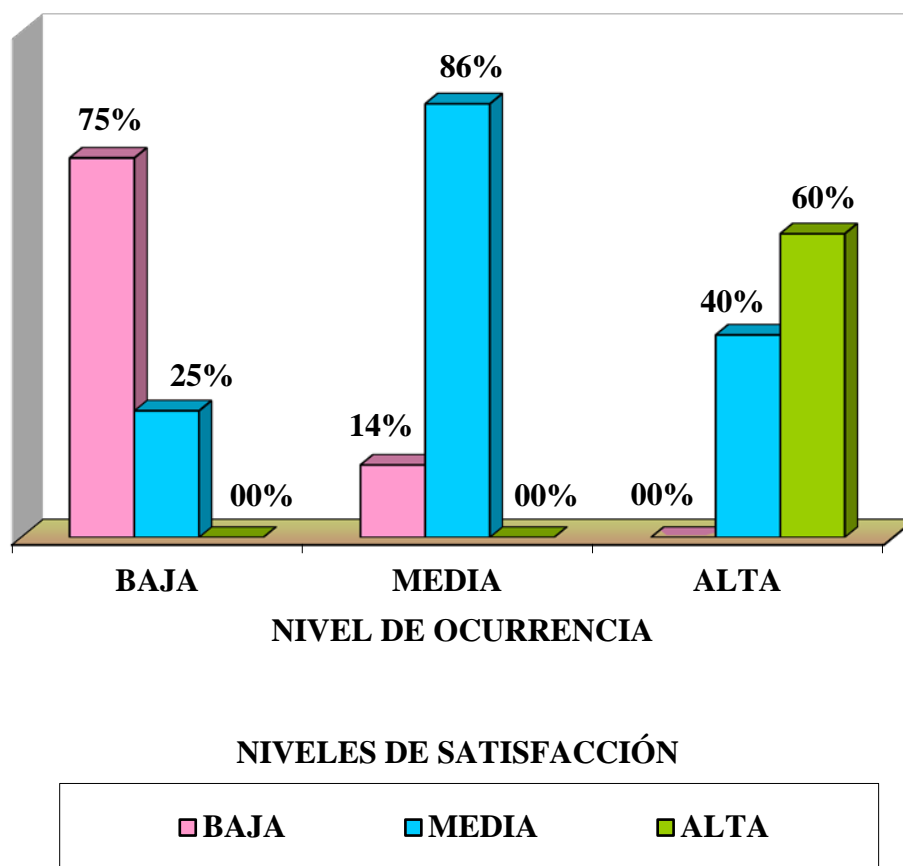


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

GRAFICO 6B

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN TÉCNICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO AFECTIVO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS (GALÍNDEZ,

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,893 (P < 0,0001) SIGNIFICATIVO

2.4.- HIPOTESIS ESPECÍFICA N° 3

Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión técnica y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado ético.

TABLA 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN TÉCNICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO ÉTICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

NIVELES DE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO ÉTICO				
PRESTACION DE CUIDADO DIMENSION TÉCNICA	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
BAJA	4 (50,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	8 (40)
MEDIA	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0,0)	7 (35)
ALTA	0 (0,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (25)
TOTAL	5 (25)	13 (65)	2 (10)	20 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,748 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

Fuente: Instrumentos aplicados (Galíndez, 2014)

Para el factor CUIDADO ÉTICO (CE) se estableció que un 65,0% tuvo el nivel un nivel de satisfacción MEDIA, 25,0% el nivel BAJO y sólo el 10,0% el nivel ALTO. Observando la relación de los factores DT y CE, se determinó tal como aparece en la Tabla No. 7, que en la BAJA ocurrencia del factor DT predomina por igual (50,0%) los niveles de BAJA y MEDIA satisfacción del factor CE. En la ocurrencia MEDIA de la DT, 85,7% de los pacientes está en el nivel de MEDIA

satisfacción de CE y 14,3% en BAJA satisfacción con respecto este último factor mencionado. En ocurrencia ALTA del factor DT, el 40,0% tienen una ALTA satisfacción por el CE, y el 60,0% satisfacción de nivel MEDIO por el CE.

En la relación de ambos factores, hay predominio porcentual en dos las tres casillas coincidentes (BAJA – BAJA y MEDIA -MEDIA), pero en ALTA - ALTA no sucede así, aunque hay poca diferencia (en concreto una diferencia de 20,0%) que la marca un sólo paciente (1 de 5), lo que conduce a decir que una mayor ocurrencia del factor DT se logrará mayor satisfacción en los pacientes en el CE en los niveles coincidentes BAJO y MEDIO (50,0% y 85,7%), pero una ALTA ocurrencia no tiende a maximizar la satisfacción (ALTA) en la mayoría de los pacientes (40,0%).

Sin embargo, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de ocurrencia y satisfacción no categorizados muestra un valor positivo y una cifra de igual a 0,784, con un nivel de significación de $P < 0,0001$, mucho menor del 5% de error muestral estipulado para poder asegurar que hay una relación estadísticamente significativa entre los FACTORES DIMENSIÓN TÉCNICA (DT) y el CUIDADO ÉTICO (CE) por parte de las enfermeras que atendieron a los pacientes investigados.

Los resultados correspondientes la Prestación del Cuidado en la Dimensión Técnica (DT) se ubica en el nivel Baja (40%) - Media (35%) y la Satisfacción del paciente en el Cuidado Ético (CE) se ubica en el nivel Media (65%) -Baja (25%), lo cual muestra una percepción diferente, probablemente porque el paciente tiene pocas expectativas con el cuidado respetuoso, de calidad humana, en comparación con el cuidado técnico que recibe en el día a día por la ECD.

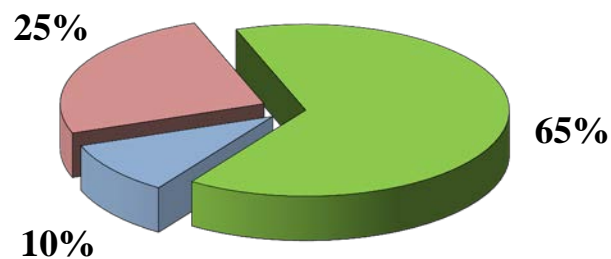
Por lo que se puede pensar, que la Satisfacción del Paciente por el Cuidado Ético proporcionado por la ECD es contrario a lo señalado por Amaro Cano, cuando

dice, que la Enfermería se rige por la ciencia de los valores morales, los derechos del paciente como persona, su sentimientos, su justicia, siendo las relaciones enfermera y paciente un medio para satisfacer esas necesidades. Quedando estas expresiones como utópicas, como el deber ser pero distante de la realidad.

GRÁFICO 7A

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO ÉTICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



NIVELES DE SATISFACCIÓN

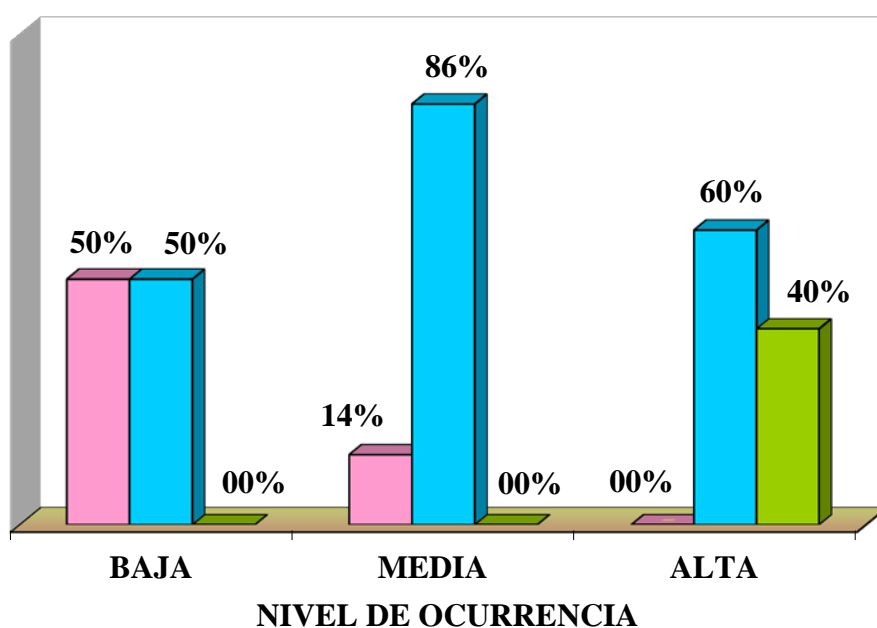


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

GRAFICO 7B

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN TÉCNICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO ÉTICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



NIVELES DE SATISFACCIÓN



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS (GALÍNDEZ,

**COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE
PEARSON = + 0,748 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO**

2.5.- HIPOTESIS ESPECÍFICA N° 4

Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión afectiva y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado técnico.

TABLA 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN AFECTIVA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO TÉCNICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY, FEBRERO 2014

NIVELES DE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO TÉCNICO				
PRESTACION DE CUIDADO DIMENSION AFECTIVA	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
BAJA	6 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (30)
MEDIA	0 (0,0)	7 (100)	0 (0,0)	7 (35)
ALTA	0 (0,0)	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (35)
TOTAL	6 (30)	10 (50)	4 (20)	20 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,944 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

Fuente: Instrumentos aplicados (Galindez, 2014)

El 30,0% de los pacientes investigados expresaron BAJA la ocurrencia de la prestación del cuidado de enfermería en la DIMENSIÓN AFECTIVA (DA), 35,0% dijeron por igual ocurrencia MEDIA y ALTA. En términos de la relación de los factores DA y CT, fue establecido como se puede observar en la Tabla No. 8, que en la BAJA ocurrencia de la DA predominó totalmente (100%) también la BAJA satisfacción en el factor CT. En la ocurrencia MEDIA de la DA, igualmente todos (100%) los pacientes concordaron en manifestar satisfacción MEDIA por el CT.

De los siete pacientes que se colocaron, según su opinión, en ocurrencia ALTA del factor DA, el 57,1% coinciden en ALTA satisfacción por el CT, mientras que el restante 42,9% corresponde al nivel MEDIO de satisfacción por el CT. Se aprecia que se da una tendencia sostenida al establecer la relación de ambos factores, habiendo un predominio porcentual en las tres casillas coincidentes en cuanto a niveles (BAJA – BAJA; MEDIA -MEDIA y ALTA - ALTA) respectivos de ocurrencia y satisfacción, determinando que a una mayor ocurrencia del factor DA se logra mayor satisfacción en los pacientes al recibir el CT, puesto que los porcentajes son mayoritarios en las casillas mencionadas respectivamente (100%; 100% y 57,1%).

Lo anterior se confirma por el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de ocurrencia y satisfacción no categorizados. En este sentido, se obtuvo un coeficiente igual a + 0,944, con un nivel de significación de $P < 0,0001$, mucho menor del 5% de error muestral fijado, reforzando los resultados ya mostrados en la Tabla No 8. Es decir, existe una relación estadísticamente significativa entre los FACTORES DIMENSIÓN AFECTIVA (DA) y el CUIDADO TÉCNICO (CT) aportado por las enfermeras que atendieron a los pacientes investigados.

Los resultados muestran una Prestación del Cuidado en la Dimensión Afectiva (DA) que se ubica en el nivel Media (35%) - Baja (30%) con una Satisfacción del paciente en el Cuidado Técnico (CT) que se ubica en el nivel Media (50%) - Baja (30%), destacándose una percepción ambigua en el paciente.

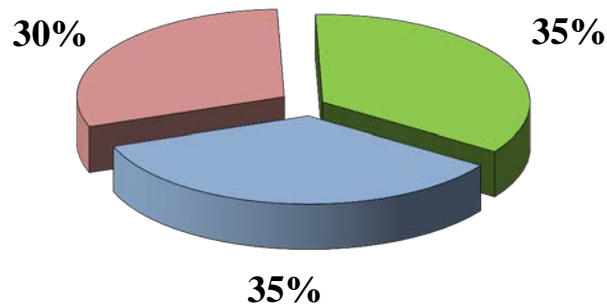
Si se considera que la persona cuando está enferma incrementa su necesidad de afecto y que la ECD ante la deficiente prestación técnica pudiera dedicar más tiempo a interactuar con el paciente hospitalizado dándole apoyo emocional posiblemente cambiaría la percepción del paciente en cuanto al cuidado prestado por la enfermera(o).

Por lo que Escobar (2004) expresa, que el paciente es el centro integral en la atención de enfermería. Por lo tanto, el cuidado integral del enfermo constituye la función sustantiva de enfermería.

GRÁFICO 8A

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN AFECTIVA

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



NIVELES DE OCURRENCIA

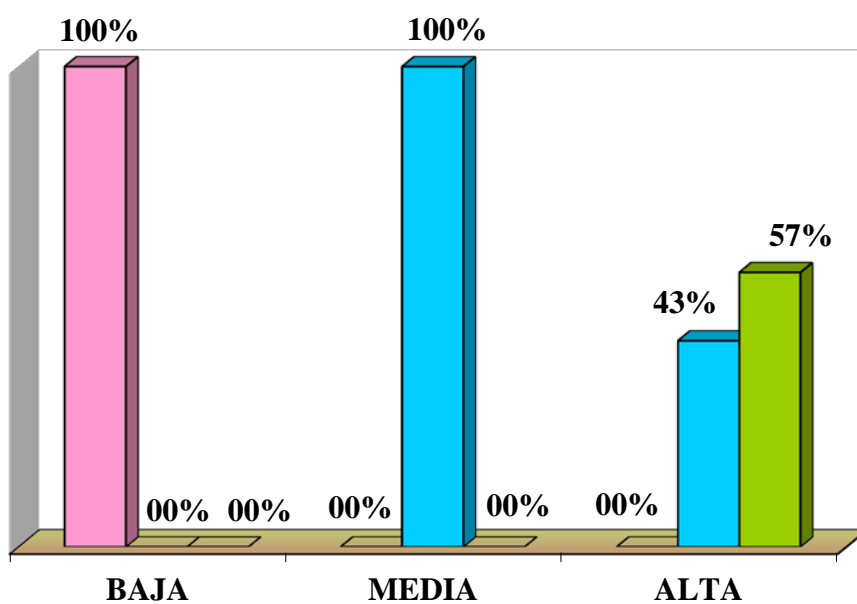


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

GRAFICO 8B

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN AFECTIVA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO TÉCNICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



**NIVEL DE OCURRENCIA
NIVELES DE SATISFACCIÓN**



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS (GALÍNDEZ,

**COEFICIENTE DE CORRELACIÓN
DE PEARSON = + 0,944 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO**

2.6.- HIPOTESIS ESPECÍFICA N° 5

Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión afectiva y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado afectivo.

TABLA 9

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN AFECTIVA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO AFECTIVO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

NIVELES DE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO AFECTIVO				
PRESTACION DE CUIDADO DIMENSION AFECTIVA	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
BAJA	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	6 (30)
MEDIA	3 (42,9)	4 (57,1)	0 (0,0)	7 (35)
ALTA	0 (0,0)	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (35)
TOTAL	7 (35)	10 (50)	3 (15)	20 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,747 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

Fuente: Instrumentos aplicados (Galíndez, 2014)

Al establecerse la relación entre los factores DA y CA, predomina en la BAJA ocurrencia de la DA 66,7%, también la BAJA satisfacción en el factor CA, pues así respondieron en forma consolidada los pacientes, quedando el 33,3% para el nivel de satisfacción MEDIA.

En la ocurrencia MEDIA de la DA, igualmente predominaron los pacientes al manifestar satisfacción MEDIA por el CA en un 57,1%, siendo el resto 42,9% para

los que opinaron una BAJA satisfacción por el CA. De los pacientes con ocurrencia ALTA del factor DA, el 57,1% también se ubicaron en ALTA satisfacción por el CA, y el restante 42,9% en el nivel MEDIO de satisfacción por el CA.

En la relación de ambos factores, hay predominio porcentual en dos las tres casillas coincidentes (BAJA – BAJA y MEDIA -MEDIA), pero en ALTA - ALTA es una excepción, habiendo escasa diferencia (exactamente 14,2%) siendo tan sólo paciente (1 de 57, lo que lleva a que una mayor ocurrencia del factor DA se puede esperar mayor satisfacción para el CA en los pacientes en los niveles coincidentes BAJO y MEDIO (66,7% y 57,1%), pero en ALTA ocurrencia no parece tender a aumentar la ALTA satisfacción en la mayoría de los pacientes (42,9%).

No obstante, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de ocurrencia y satisfacción no categorizados aparece con una cifra de + 0,747 con nivel de significación de $P < 0,0001$, por lo tanto se da una relación estadísticamente significativa entre los FACTORES DIMENSIÓN AFECTIVA (DA) y el CUIDADO AFECTIVO (CA) brindado por las enfermeras que atendieron a los pacientes investigados.

Los resultados revelan que la Prestación del Cuidado en la Dimensión Afectiva (DA) es de nivel Media (35%) - Baja (30%), en relación a la Satisfacción los pacientes por el Cuidado Afectivo (CA) que también es de nivel Media (50%) - Baja (35%), por lo que se cree que la persona enferma incrementa su necesidad afectiva sobre su necesidad técnica, por lo que es interesante considerar lo que planea Watson (2002), que colocarse en la posición del paciente, es la fuente para que el sentimiento del cuidado emerja y se haga efectiva la atención al enfermo.

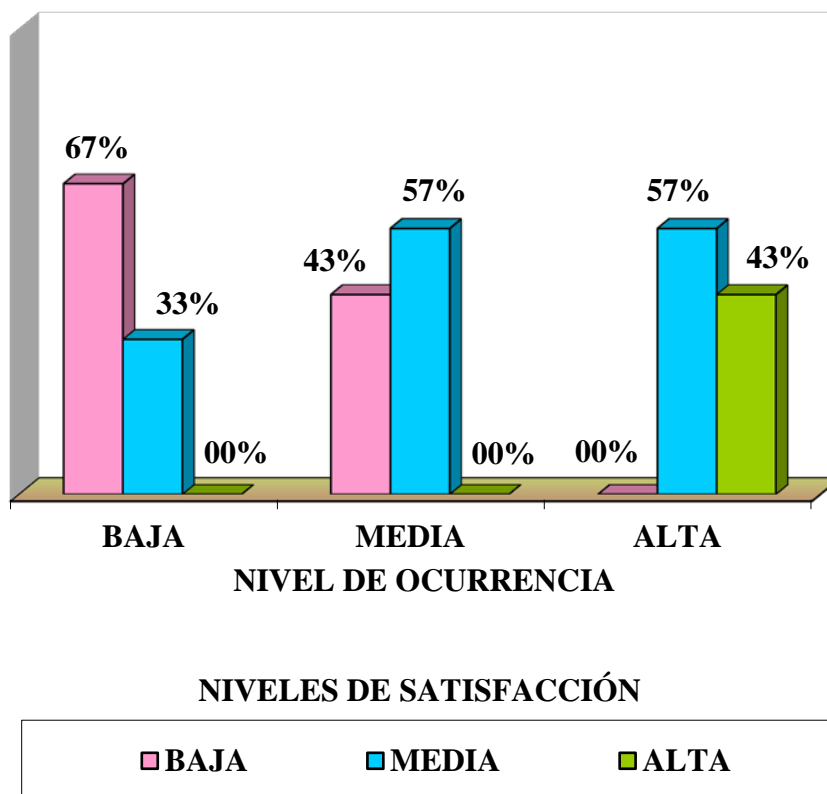
Además, hay que tener en cuenta, que la labor de enfermería está centrada en el hombre, el cual reacciona de manera integral y como tal debe prestársele el cuidado

según su necesidad. Es tan así que, Colliere (1999), señala que la función del afecto, es una manera de estimulación, de conservación y continuidad de la vida.

GRAFICO 9

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN AFECTIVA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO AFECTIVO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS (GALÍNDEZ,
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE
PEARSON = + 0,747 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

2.7.- HIPOTESIS ESPECIFICA N° 6

Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión afectiva y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado ético.

TABLA 10

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN AFECTIVA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO ÉTICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

NIVELES DE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO ÉTICO				
PRESTACION DE CUIDADO DIMENSION AFECTIVA	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
BAJA	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	6 (30)
MEDIA	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0,0)	7 (35)
ALTA	0 (0,0)	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (35)
TOTAL	5 (25)	13 (65)	2 (10)	20 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,787 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

Fuente: Instrumentos aplicados (Galíndez, 2014)

Observando la relación entre los factores DA y CE, se puede notar que en BAJA ocurrencia de la DA también la BAJA satisfacción en el factor CE es predominante, ya respondieron en forma consolidada los pacientes el 66,7% de los pacientes, y el 33,3% restante fue para el nivel de satisfacción MEDIA.

En la ocurrencia MEDIA de la DA, igualmente predominaron los pacientes al manifestar satisfacción MEDIA por el CE en un 85,7%, siendo el resto 14,39% para

los que opinaron en el nivel de BAJA satisfacción por el CE. En ocurrencia ALTA del factor DA, el 71,4% se ubicó en el nivel de MEDIA satisfacción por el CE, y el restante 28,6% en el nivel MEDIO de satisfacción por el CE.

En la relación de ambos factores, hay predominio porcentual en dos las tres casillas coincidentes (BAJA – BAJA y MEDIA -MEDIA), pero en ALTA - ALTA no lo es, por lo que lleva a expresar que una mayor ocurrencia del factor DA en los niveles BAJA y MEDIO puede asegurarse que habrá satisfacción en iguales niveles de los pacientes, pero en ALTA ocurrencia no se corresponderá con una mayoría de pacientes con ALTA satisfacción por el CE.

A pesar de lo anterior, aparece el coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de ocurrencia y satisfacción no categorizados con un valor de + 0,787 con nivel de significación de $P < 0,0001$. En consecuencia, hay relación estadísticamente significativa entre los FACTORES DIMENSIÓN AFECTIVA (DA) y el CUIDADO ÉTICO (CE) que ofrecen las enfermeras que atendieron a los pacientes investigados.

Los resultados revelados en la Prestación del Cuidado en la Dimensión Afectiva (DA) se ubica en el nivel Media (35%) - Baja (30%) y la Satisfacción del paciente en el Cuidado Ético (CE) se ubica en el nivel Media (65%) - Baja (25%) mostrando así, que el paciente está siendo atendido en lugar de ser cuidado, esto puede significar, respuestas integrales a sus demandas fisiológicas, afectivas y espirituales.

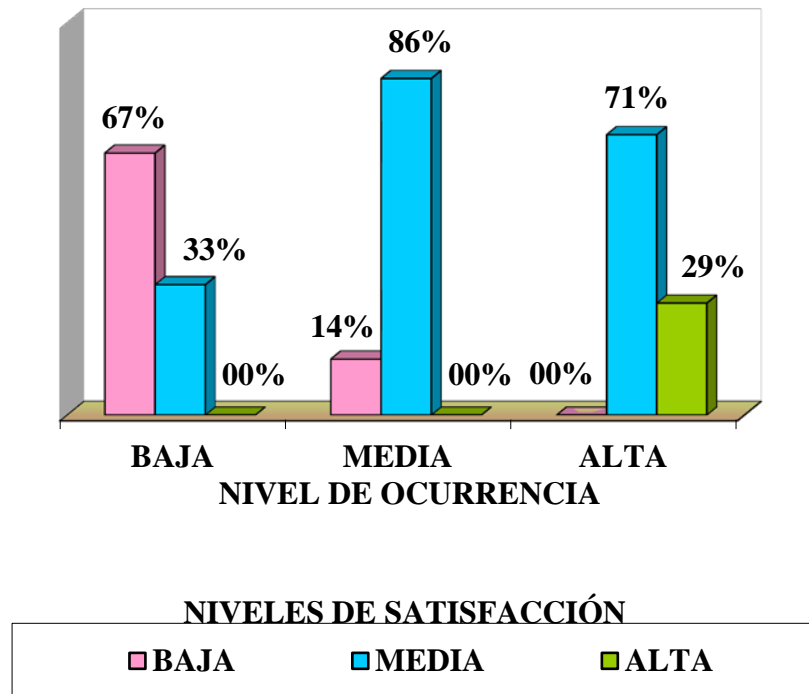
Por lo tanto, todo lo anterior puede ser ilustrado con los que dice Arroyo de C. (2002) cuando afirma que el cuidado de enfermería puede incluir cualquier aspecto de interés de la salud del paciente, incluyendo los tratamientos, asesoramiento, autocuidado, educación, rehabilitación, entre otros; utilizando la interacción enfermera-

paciente, como instrumento para suministrar el cuidado. Igualmente, Ribeiro, L. (1997) señala que la comunicación es un proceso de integración social que induce a la mejora en el estado de salud de los pacientes como resultado del diálogo terapéutico; y parece que la ECD poco emplea esta importante herramienta de trabajo.

GRAFICO 10

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN AFECTIVA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO ÉTICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS (GALÍNDEZ, COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,787 (P < 0,0001) SIGNIFICATIVO

2.8.- HIPOTESIS ESPECIFICA N° 7

Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado técnico.

TABLA 11

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN ÉTICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO TÉCNICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY, FEBRERO 2014

NIVELES DE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO TÉCNICO				
PRESTACIÓN DEL CUIDADO DIMENSIÓN ÉTICA	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
BAJA	5 (83,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	6 (30)
MEDIA	1 (12,5)	7 (87,5)	0 (0,0)	8 (40)
ALTA	0 (0,0)	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (30)
TOTAL	6 (30)	10 (50)	4 (20)	20 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,902 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

Fuente: Instrumentos aplicados (Galíndez, 2014)

El 30,0% de los pacientes investigados expresaron BAJA la ocurrencia de la prestación del cuidado de enfermería en la DIMENSIÓN ÉTICA (DE), 40,0% se ubicaron en ocurrencia MEDIA y en ALTA el otro 30,0% restante.

En cuanto a la relación de los factores DE y CT, se encontró como se puede observar en la Tabla No. 11, que en la BAJA ocurrencia de la DE predominó con

83,3% el grupo de pacientes con satisfacción BAJA por el CT y el 16,7% en el nivel de satisfacción MEDIA. En la ocurrencia MEDIA de la DE, hay dominio en el CT del nivel de satisfacción MEDIA (87,5%), siendo el 12,5% restante para el nivel de BAJA satisfacción del CT. De los seis pacientes que ubicados en el nivel de ocurrencia ALTA del factor DE, el 66,7% coinciden en ALTA satisfacción por el CT, mientras que el restante 33,3% fue para el nivel MEDIO de satisfacción por el CT.

Se aprecia una tendencia sostenida al establecer la relación de ambos factores, un predominio porcentual en las tres casillas coincidentes en cuanto a niveles (BAJA – BAJA; MEDIA -MEDIA y ALTA - ALTA) respectivos de ocurrencia y satisfacción, determinando que a una mayor ocurrencia del factor DE se logra mayor satisfacción dado el CT en los pacientes, puesto que los porcentajes son mayoritarios en las casillas mencionadas respectivamente (83,3%; 87,5% y 66,7%).

Lo anterior se confirma por el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de ocurrencia y satisfacción no categorizados ya que se obtuvo un coeficiente igual a + 0,902, con un nivel de significación de $P < 0,0001$, mucho menor del 5% de error muestral fijado, reforzando los resultados ya mostrados en la Tabla No 11. Es decir, existe una relación estadísticamente significativa entre los FACTORES DIMENSIÓN ÉTICA (DE) y el CUIDADO TÉCNICO (CT) que las enfermeras aportan a los pacientes investigados.

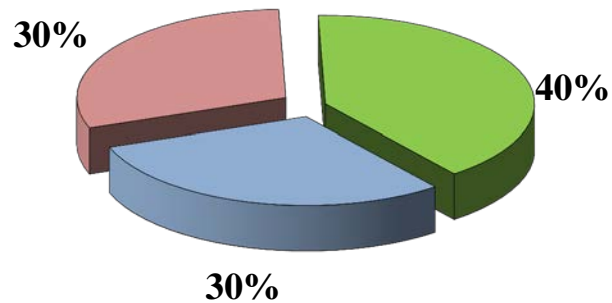
Se puede observar, en los resultados de Prestación de Cuidado en la Dimensión Ética (DE) se ubican en el nivel de Media (40%) - Baja (30%) y la Satisfacción del paciente en el Cuidado Técnico (CT) se ubica también en el nivel Media (50%) - Baja (30%) lo cual pudiera significar una acción de enfermería con baja sensibilidad humana (insensible, distante, fría, impersonal) a pesar de que los pacientes esperan un trato más amable y respetuoso de su cuidador.

Esto es coherente con lo que argumenta Betinelli L. (1998) cuando expresa que, el cuidado de enfermería solidario, es aquel en que las relaciones contribuyen al restablecimiento de la salud. Por lo que se podría decir, que es un ideal profesional a alcanzar.

GRÁFICO 11A

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN ÉTICA

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



NIVELES DE OCURRENCIA

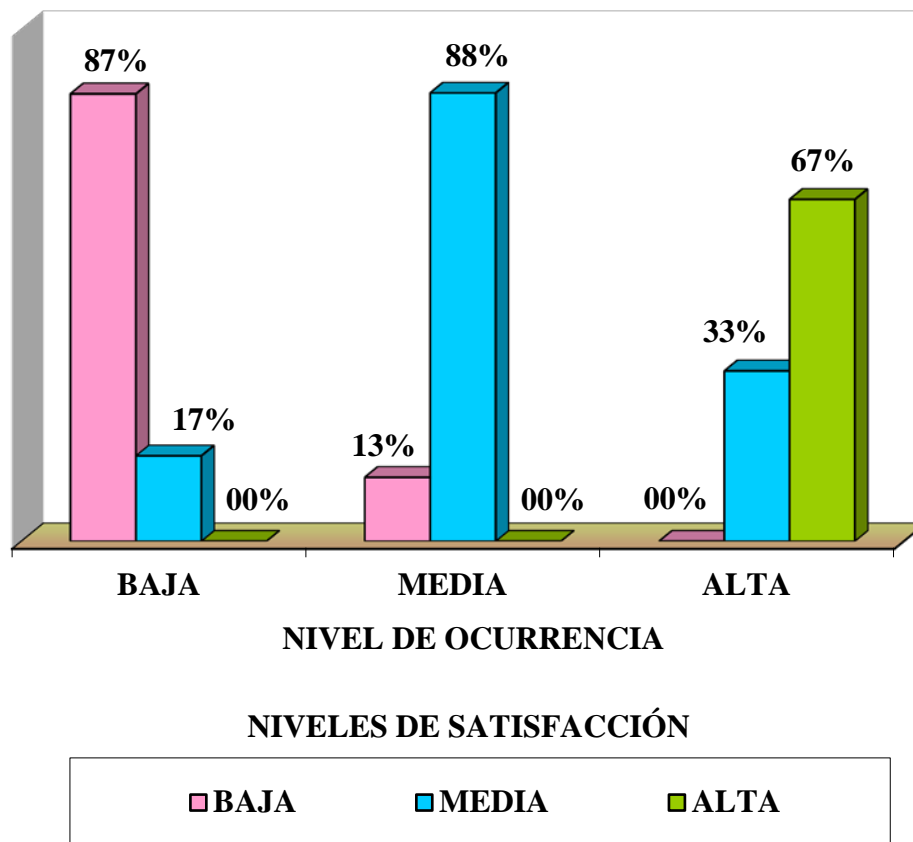


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

GRAFICO 11B

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN ÉTICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO TÉCNICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS (GALÍNDEZ,

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,902 (P < 0,0001) SIGNIFICATIVO

2.9.- HIPOTESIS ESPECÍFICA N° 8

Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado afectivo

TABLA 12

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN ÉTICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO AFECTIVO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

NIVELES DE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO AFECTIVO				
PRESTACIÓN DEL CUIDADO DIMENSIÓN ÉTICA	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
BAJA	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	6 (30)
MEDIA	2 (25,0)	6 (75,0)	0 (0,0)	8 (40)
ALTA	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	6 (30)
TOTAL	7 (35)	10 (50)	3 (15)	20 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,750 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

Fuente: Instrumentos aplicados (Galíndez, 2014)

Al evaluar la relación de los factores DE y CA, se puede ver en el cuadro No. 12, que en BAJA ocurrencia de la DE predominó con 66,7% los pacientes con satisfacción BAJA por el CA, mientras que un 33,3% restante fue para satisfacción MEDIA por el CA.

En la ocurrencia MEDIA de la DE, el CT presenta nivel de satisfacción MEDIA para el 75,0% de los pacientes, y el 25,0% fue para el nivel de satisfacción BAJA del CA. Para los seis pacientes que ubicados en el nivel de ocurrencia ALTA del factor DE, el 50,0 presentó un nivel de ALTA satisfacción en el factor CA, 33,3% nivel de satisfacción MEDIA y el 16,7% BAJA satisfacción por el CA.

Hay una tendencia evidente cuando se establece la relación de ambos factores, dada por un predominio porcentual en las tres casillas coincidentes en cuanto a niveles (BAJA – BAJA; MEDIA -MEDIA y ALTA - ALTA) respectivos de ocurrencia y satisfacción, lo que expresa que a una mayor ocurrencia del factor DE se acompaña un incremento en satisfacción por los pacientes en el CA, puesto que los porcentajes son mayoritarios en las casillas mencionadas respectivamente (66,7%; 75,0% y 50,0%).

En función de lo expuesto, el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de ocurrencia y satisfacción no categorizados lo confirma al presentar un valor igual a + 0,750 ($P < 0,0001$), mucho menor del 5% de error muestral fijado, reforzando los resultados de la Tabla No 12. Es decir, existe una relación estadísticamente significativa entre los FACTORES DIMENSIÓN ÉTICA (DE) y el CUIDADO AFECTIVO (CA) que las enfermeras dieron a los pacientes investigados.

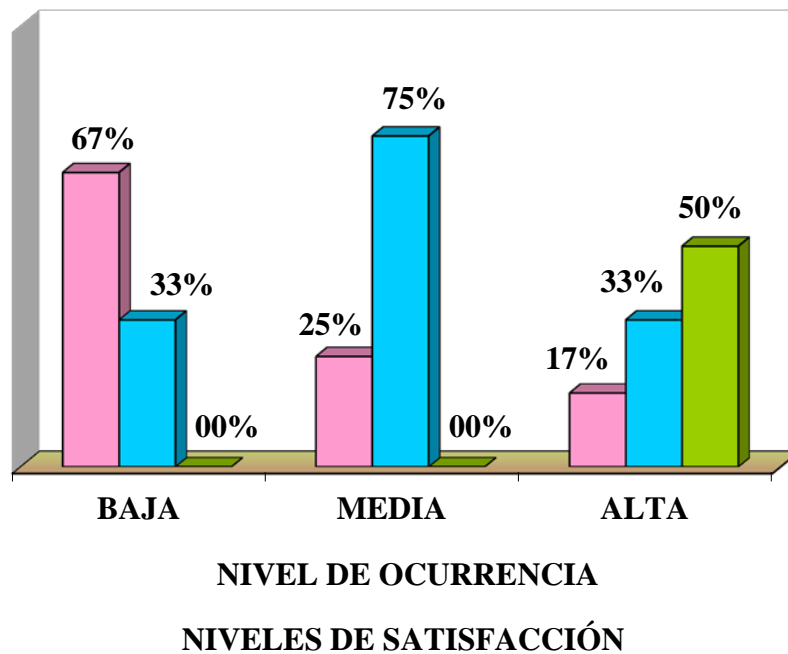
Los resultados obtenidos en la Prestación de Cuidado en la Dimensión Ética (DE) se ubica en el nivel Media (40%) - Baja (30%) y la Satisfacción del paciente por el Cuidado Afectivo (CA) se ubica en el nivel Media (50%) - Baja (35%), por lo que puede deducir, que la ECD no está proporcionando el cuidado ético según lo esperado por los pacientes, por lo tanto no está generando la satisfacción bajo los lineamientos del Código Deontológico (1999) que reza que la enfermera(o) debe aplicar en su ejercicio profesional los principios bioéticos de autonomía, de justicia, de

beneficencia y no maleficencia, ya que constituyen las directrices generales que gobiernan la conducta del profesional proporcionándole una base para el razonamiento y orientación de sus acciones. Constituyendo un reto profesional al garantizar el cuidado de enfermería de elevada calidad.

GRAFICO 12

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN ÉTICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO AFECTIVO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS (GALÍNDEZ,
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN
DE PEARSON = + 0,750 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

2.10.- HIPOTESIS ESPECÍFICAS N° 9

Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en su factor: dimensión ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en su factor cuidado ético.

TABLA 13

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN ÉTICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO ÉTICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.

MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

NIVELES DE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO ÉTICO				
PRESTACIÓN DEL CUIDADO DIMENSIÓN ÉTICA	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
BAJA	5 (83,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	6 (30)
MEDIA	0 (0,0)	8 (100)	0 (0,0)	8 (40)
ALTA	0 (0,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (30)
TOTAL	5 (25)	13 (65)	2 (10)	20 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,833 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

Fuente: Instrumentos aplicados (Galíndez, 2014)

Cuando se observa la relación entre los factores DE y CE, se puede apreciar que de los seis pacientes en BAJA ocurrencia de la DE, predomina la BAJA satisfacción en el factor CE pues 83,3% los pacientes respondieron en este nivel, mientras que el resto 16,7% fue para el nivel de satisfacción MEDIA. En la ocurrencia MEDIA de la DE, fue el mismo nivel de satisfacción, del factor CE, predominante en un 100%. En

ocurrencia ALTA del factor DE, el 66,7% se ubicó en el nivel de MEDIA satisfacción por el CE, y el restante 33,3% en el nivel MEDIO de satisfacción.

En la relación de ambos factores (CE y CE), hay predominio porcentual en dos las tres casillas coincidentes (BAJA – BAJA y MEDIA -MEDIA), pero en ALTA - ALTA no, por lo que lleva a expresar que una mayor ocurrencia del factor DA en los niveles BAJO y MEDIO puede asegurarse que habrá satisfacción en el CE en iguales niveles para los pacientes, pero en ALTA ocurrencia no se corresponderá con una mayoría de pacientes con ALTA satisfacción por el CE.

Sin embargo, el coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de ocurrencia y satisfacción no categorizados determina que lo anterior tenga validez como relación entre estos factores, pues su valor de + 0,833 tiene nivel de significación de $P < 0,0001$. En consecuencia, puede asegurarse que hay relación estadísticamente significativa entre los FACTORES DIMENSIÓN ÉTICA (DE) y CUIDADO ÉTICO (CE) que ofrecen las enfermeras a los pacientes investigados.

Los resultados muestran que la Prestación del Cuidado en la Dimensión Ética (DE) suministrada por ECD se ubica en la Media (40%) - Baja (30%) en relación Satisfacción del paciente por el Cuidado Ético (CE) que se ubica en Media (65%) - Baja (25%) pudiendo deducirse que la prestación ética del cuidado de enfermería en el área hospitalaria es crítica toda vez que carezca de una infraestructura dotada de enfermeras(os) calificados, suficientes equipos y recursos materiales, sin olvidar el ambiente clínico dotado de comodidad, ventilación, iluminación acondicionada, entre otros para asegurar un servicio óptimo en el cuidado de enfermería.

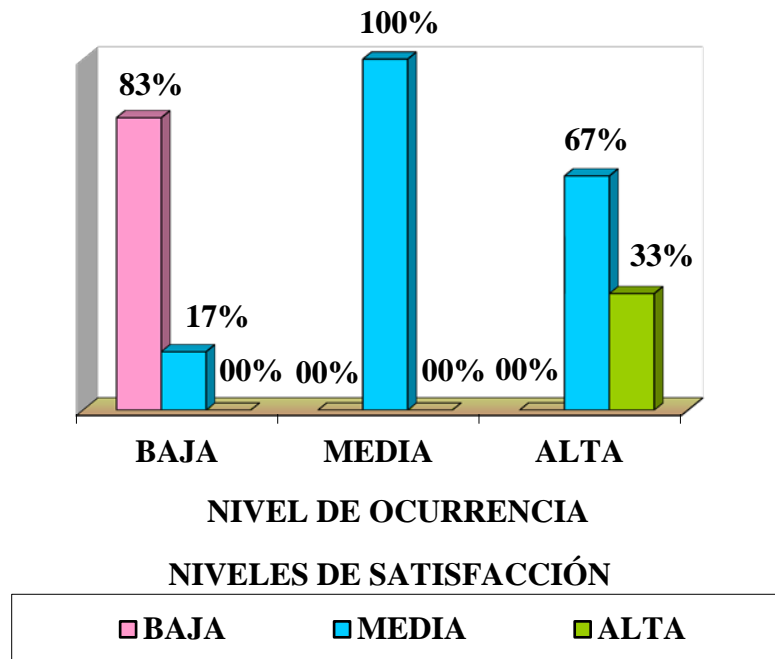
De igual manera que el paciente sea llamado por su nombre para ser atendido por la ECD en la brevedad que sea posible. Ben lo señala, Amaro Cano M. C. (2005)

cuando refiere, que el ser llamado por su nombre y apellido, es de mucho valor para él o para ella, dar cualquier información que se refiera a sus datos personales, relaciones, salud, entre otros de manera que se muestre interés por el paciente a quien se le suministra el cuidado.

GRAFICO 13

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL FACTOR DIMENSIÓN ÉTICA Y NIVELES DE SU SATISFACCIÓN POR LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL FACTOR CUIDADO ÉTICO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS (GALÍNDEZ, COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,833 (P < 0,0001) SIGNIFICATIVO

2.11.- HIPOTESIS GENERAL N° 10

Existe relación estadísticamente significativa entre la prestación del cuidado de la enfermera de cuidado directo en sus factores: dimensión técnica, afectiva y ética y la satisfacción del paciente hospitalizado en sus factores: dimensión técnica, afectiva y ética.

TABLA 14

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA Y DE SATISFACCIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014

NIVELES DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POR EL CUIDADO RECIBIDO TECNICO AFECTIVO ETICO				
NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO POR LA ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	TOTAL (%)
BAJA	6 (66,7)	3 (33,3)	0 (0,0)	9 (45)
MEDIA	0 (0,0)	7 (100)	0 (0,0)	7 (35)
ALTA	0 (0,0)	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (20)
TOTAL	6 (30)	11 (55)	3 (15)	20 (100)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,908 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO

Fuente: Instrumentos aplicados (Galíndez, 2014)

El 45,0% de los pacientes investigados presentaron niveles de ocurrencia BAJA en cuanto a la variable PRESTACIÓN DEL CUIDADO POR LA ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO (PC), 35,0% se ubicó en ocurrencia MEDIA y el 20,0% en el nivel de ALTA ocurrencia. Para la variable SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POR

EL CUIDADO RECIBIDO (SC), un 50,5% opinó para el nivel MEDIO de satisfacción, un 30,0% en el nivel BAJO y el resto 15,0% en el nivel ALTO.

En términos de la relación de las variables PC y SC, se determinó como se puede observar en la Tabla No. 14, que en la BAJA ocurrencia en cuanto a PC predomina también la BAJA SC, pues en este nivel se ubica el 66,7% de los pacientes, siendo en el nivel de MEDIA SC el restante 33,3%. En la ocurrencia MEDIA del PC, todos (100%) los pacientes concuerdan en manifestar una SC de igual nivel. De los cuatro pacientes, ubicados en el nivel de ALTA ocurrencia de PC, el 75,0% presenta igual nivel de SC, dejando el 25,0% para aquellos que opinaron en cuanto a SC un nivel de satisfacción MEDIA.

Como puede verse, de acuerdo a lo anterior, hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambas variables, el predominio porcentual en las tres casillas coincidentes en cuanto a niveles (BAJA – BAJA; MEDIA -MEDIA y ALTA - ALTA) respectivos de ocurrencia y satisfacción, determinando que a una mayor ocurrencia de la variable PC se producirá mayor SC en los pacientes, dado que los porcentajes son mayoritarios en las casillas mencionadas respectivamente (66,7%; 100% y 75,0%).

Lo establecido anteriormente, es ratificado por el valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de ocurrencia y satisfacción no categorizados. En este sentido, se obtuvo un coeficiente igual a + 0,908, con un nivel de significación de $P < 0,0001$, mucho menor del 5% de error muestral fijado, corroborando los resultados ya mostrados en la Tabla No 14.

Es decir, existe una relación estadísticamente significativa entre PRESTACIÓN DEL CUIDADO POR LA ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO (PC) y la

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POR EL CUIDADO RECIBIDO (SC) que dieron las enfermeras a los pacientes investigados.

Los resultados muestran que los pacientes percibieron una baja Prestación de Cuidado en todas sus Dimensiones: Técnica, Afectiva y Ética (PC) con un nivel Baja (45%) -Media (35%) y una Satisfacción del paciente por el Cuidado Recibido en sus factores Técnico, Afectivo y Ético (SC) proporcionado por la (el) ECD Media (55%) -Baja (30%), lo que guarda semejanza o relación con los otros resultados de las otras dimensiones mencionadas anteriormente. Pudiéndose deducir que la ECD no le ha prestado cuidado al paciente en ningunos de los factores de manera satisfactoria.

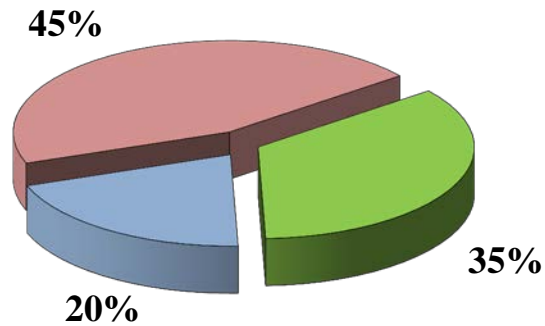
Esto pudiera relacionarse con el déficit de recurso humano por parte de enfermería en los distintos turnos de trabajo, por la cantidad de pacientes ingresados en el servicio de hospitalización o por las distintas actividades que colapsan el tiempo de la profesional en el servicio, entre otras; por lo tanto, al tener falla de presencia de profesionales en las áreas de hospitalaria, los cuidados quedan relegados para otros momentos que tal vez no llegan para beneficios del paciente.

Todo esto guarda relación con lo que aporta Arroyo de C. (2002) que, la prestación del cuidado en la función asistencial al paciente hospitalizado es responsabilidad de la enfermera(o), ya que es el personal que pasa más tiempo con el paciente, brindándole múltiples cuidados, desde el apoyo emocional, cambio de apósito, entre otros, hasta los momentos más críticos en la vida del paciente. Pero que lamentablemente eso no está sucediendo en la realidad estudiada, es decir, en el área hospitalaria donde laboran los ECD, poniendo en juego el profesionalismo y la imagen de Enfermería y de la institución.

GRÁFICO 14A

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL CUIDADO POR LA ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



NIVELES DE OCURRENCIA

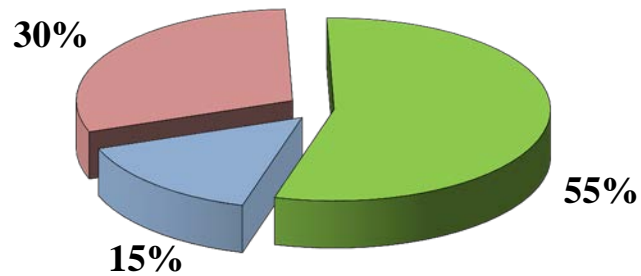


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

GRÁFICO 14B

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POR EL CUIDADO RECIBIDO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA.
MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



NIVELES DE SATISFACCIÓN

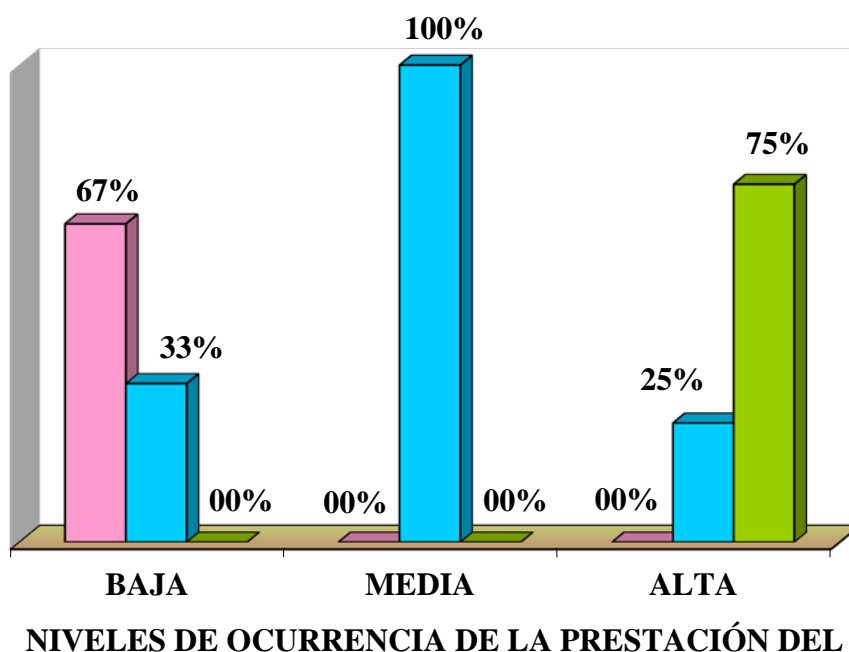


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (GALÍNDEZ, 2014)

GRAFICO 14C

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVELES DE OCURRENCIA Y DE SATISFACCIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

HOSPITAL TIPO I "DR. JOSÉ ELÍAS LANDINEZ". AROA. MUNICIPIOS BOLÍVAR Y MONGE. YARACUY. FEBRERO 2014



NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POR EL CUIDADO



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS (GALÍNDEZ,

**COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE
PEARSON = + 0,908 (P < 0,0001)
SIGNIFICATIVO**

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este capítulo hace referencia a las hipótesis de la investigación, presentando a los resultados obtenidos, las conclusiones y recomendaciones.

1.- Conclusiones

1.1.- En los datos demográficos la distribución de los pacientes según el sexo, correspondió al femenino en un 80%. Según la edad, concernió a las edades de 30 a 49 años, representando el 40%, y por Municipalidad atañó a Bolívar con el 75% ya que el establecimiento de Salud y los pacientes hospitalizados provienen de esta localidad y la distribución de los pacientes según área de atención fue de 25% de Medicina.

1.2.- En la hipótesis N° 1 correspondiente a la Prestación del Cuidado de Enfermería en el factor Dimensión Técnica y niveles de Satisfacción del Paciente por los Cuidados recibidos en el factor Cuidado Técnico. Se obtuvo un coeficiente igual a + 0,971, con un nivel de significación de $p < 0,0001$, mucho menor del 5% de error muestral fijado. Confirmándose que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables y sus factores DT y el CT correspondiente a la tabla 5.

1.3.- En la hipótesis N° 2 correspondiente a la Prestación del Cuidado de Enfermería en el factor Dimensión Técnica y niveles de Satisfacción del Paciente por los cuidados recibidos en el factor Cuidado Afectivo. Obteniéndose un coeficiente igual a + 0,893, con un nivel de significación de $p < 0,0001$. Confirmándose que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables y los factores DT y el CA, correspondiente a la tabla 6.

1.4.- En la hipótesis N° 3 correspondiente a la Prestación del Cuidado de Enfermería en el factor Dimensión Técnica y niveles de Satisfacción del Paciente por los cuidados recibidos en el factor Cuidado Ético. Mostró un valor del coeficiente de correlación de Pearson igual a 0,784, con un nivel de significación de $p < 0,0001$, mucho menor del 5%. Confirmándose que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables y los factores DT y el CE, correspondiente a la tabla 7.

1.5.- En la hipótesis N° 4 correspondiente a la Prestación del Cuidado de Enfermería en el factor Dimensión Afectiva y niveles de su Satisfacción del Paciente por los cuidados recibidos en el factor Cuidado Técnico. Obtuvo un coeficiente igual a + 0,944, con un nivel de significación de $p < 0,0001$, mucho menor del 5% de error muestral fijado. Confirmándose que, existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables y los factores DA y el CT, correspondiente a la tabla 8.

1.6.- En la hipótesis N° 5 correspondiente a la Prestación del Cuidado de Enfermería en el factor Dimensión Afectiva y niveles de Satisfacción del Paciente por los cuidados recibidos en el factor Cuidado Afectivo. Dando un valor del coeficiente de correlación de Pearson de los valores medios de ocurrencia y satisfacción aparece con una cifra de + 0,747 con nivel de significación de $p < 0,0001$, mucho menor del 5% de error muestral fijado. Confirmándose que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables y los factores DA y el CA correspondiente a la tabla 9.

1.7.- En la hipótesis N° 6 correspondiente a la Prestación del Cuidado de Enfermería en el factor Dimensión Afectiva y niveles de Satisfacción de Paciente por los cuidados recibidos en el factor Cuidado Ético. Obteniéndose un coeficiente de correlación de Pearson con un valor de + 0,787 con nivel de significación de $p <$

0,0001. Confirmándose que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables y los DA y el CE correspondiente a la tabla 10.

1.8.- En la hipótesis N° 7 correspondiente a la Prestación del Cuidado de Enfermería en el factor Dimensión Ética y niveles de Satisfacción del Paciente por los cuidados recibidos en el factor Cuidado Técnico. Se obtuvo un valor del coeficiente de correlación de Pearson igual a + 0,902, con un nivel de significación de $p < 0,0001$, mucho menor del 5% de error muestral fijado, reforzando los resultados. Confirmando que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables y los factores DE y el CT correspondiente a la tabla 11.

1.9.- En la hipótesis N° 8 correspondiente a la Prestación del Cuidado de Enfermería en el factor Dimensión Ética y niveles de Satisfacción del Paciente por los cuidados recibidos en el factor Cuidado Afectivo. Dando el valor del coeficiente de correlación de Pearson es igual a + 0,750 ($p < 0,0001$), mucho menor del 5% de error muestral fijado, reforzando los resultados. Confirmando que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables y los factores DE) y el CA correspondiente a la tabla 12.

1.10.- En la hipótesis N° 9 correspondiente a la Prestación del Cuidado de Enfermería en el factor Dimensión Ética y niveles de Satisfacción del Paciente por los cuidados recibidos en el factor Cuidado Ético. Dio como coeficiente de correlación de Pearson un valor de + 0,833 tiene nivel de significación de $p < 0,0001$. Confirmando que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables y los factores DE y el CE correspondiente a la tabla 13.

1.11.- En la hipótesis general correspondiente Prestación del Cuidado por la Enfermera de Cuidado Directo (PC) en sus Dimensiones Técnica, Afectiva, Ética y

la Satisfacción del Paciente por el Cuidado Recibido (SC) en sus factores Técnico, Afectivo, Ético que dieron las enfermeras a los pacientes investigados. Se obtuvo un valor de correlación de Pearson de los valores medios de ocurrencia y satisfacción no categorizados con un coeficiente igual a + 0,908, con un nivel de significación de $p < 0,0001$, mucho menor del 5% de error muestral fijado.

Conformando que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables: Prestación del Cuidado por la Enfermera de Cuidado Directo (PC) y la Satisfacción del Paciente por el Cuidado Recibido (SC) que dieron las enfermeras a los pacientes investigados, resultados mostrados en la Tabla No 14.

2.- RECOMENDACIONES

2.1.- Dar a conocer los resultados de esta investigación a la Gerencia de Enfermería y a la Dirección Médica del Establecimiento Hospitalario con el fin de que se promuevan lineamientos o políticas que favorezcan el desempeño de las Enfermeras (os) de Cuidados Directos (ECD).

2.2.- Facilitar al personal de enfermería que cumplen funciones de Coordinadores o Supervisores del área de hospitalización (Medicina Interna, Alto Riesgo Obstétrico, Cirugía Adulto, Oncología, Cardiología y Traumatología) los resultados del estudio con la finalidad que se promover el mejoramiento en la prestación de cuidados al paciente hospitalizado.

2.3.- Proponer a la Gerencia de Enfermería del Hospital Dr. José Elías Landinez un estudio de investigación que tenga una connotación reflexiva sobre los componentes que intervienen en el conocimiento del profesional de enfermería: asistencial y

administrativo. Relación entre el número de enfermera-paciente en función de las actividades diarias que ejerce la ECD.

2.4. Se sugiere a las ECD algunas recomendaciones inmediatas como: Seguir conociendo al paciente y sus necesidades. Continuar con la demostración de paciencia e interés hacia el paciente. Mejorar el trato hacia los familiares y paciente sobre todo el encamado. Realizar el baño en cama, cambio de cura todas las veces que sea necesario. Que la enfermera salude al paciente al momento de la visita. Incrementar el tiempo dedicado al paciente por parte de enfermería.

Mostrar más seguridad y confianza hacia el paciente en los procesos técnicos. Disminuir el tiempo de respuesta a la llamada del paciente. Continuar con la preocupación y cuidados hacia el paciente respetando su dignidad y autonomía. Tener puntualidad en la administración de medicamentos y vía de administración. Asegurarse de lo pendiente que tiene el paciente para referirlo al personal de enfermería que recibe el turno de manera que asegure que se cumpla con la orden.

2.5.- Dar a conocer los resultados de esta investigación en los eventos científicos regionales y estatales. Publicar los resultados de esta investigación en revista o en la web con el fin de ofrecer antecedentes y alternativas para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFICA

- ALEXANDER G.C., Casalino LP, Meltzer D.O (2003). Patient-physician communication about out-of-pocket costs». JAMA 290 (7): Vol. 153 (page. 34)**
- ALFARO-LEFEVRE R. (1999). .Aplicación del Proceso Enfermero. 4ta. Edición. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona. (págs. 5-9; 13-23).**
- ALFONZO M. (2009).Manual de Intervención de Enfermería. Protocolo de procedimiento enfermero. Edición Área Hospitalaria de Huelva. Andaluz. España. (pág.122)**
- AMARO CANO MC. (2005). Problemas éticos y bioéticos en enfermería. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. Cuba. (págs. 45-101)**
- ARROYO de C., Graciela. (2002). Actualización en enfermería, un responsabilidad profesional .Revista de Enfermería IMSS Bardalez del Águila, Carlos. La Salud en el Perú. Proyecto Observatorio de la Salud. (págs. 45-78)**
- BALDERAS, M. (2009). Ética de Enfermería: México. Editorial McGraw-Hill Interamericana. (págs. 90, 140)**
- BATES D.W. (2005). Seguridad de los medicamentos en el hospital. En: Wachter RM, Goldman L, Hollander H., eds. Hospital de Medicine.2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins. (page. 120)**
- BETTINELLI, Luis A. (1998). Cuidado Solidario. Brasil. Grafica e Editora Pe. Berthier. (págs. 45-47)**
- BOFF, L. (2003). Aprenda cuidado - la ética de la compasión humana de la Tierra. Novena Edición Petropolis: Voices. (págs. 67-76)**
- CABALLO, V.E. (1999). Manual de evaluación y tratamiento de las habilidad essociales. Siglo XXI. Madrid, España. (págs. 78-80)**
- CAMINAL, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de la calidad de los servicios sanitarios. Revista de Calidad Asistencial, 13(3). (págs. 236-239)**
- CASTANYER, O. (1996) La asertividad: expresión de una sana autoestima. Bilbao, España. Desclée de Brouwer. (págs. 56-57).**

- CHIAVENATO, I.** (2001). **Administración de los Recursos Humanos.** México Editorial Interamericana. (págs. 170- 240)
- COLLIÈRE, M. F.** (1999). **Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería.** Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana. (págs. 123, 200, 234).
- CONTRERAS, N.** Rubí, Coronado M. Maribel, López V. Nora Hilda, Aguilar H. Rosa (2008). **Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado M.S.P.** Reporte de investigación, Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 5. No. 1 Año. pág. 14. México. Revista en Internet.
- _____ (2006). **CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería.** Ginebra, Suiza; (págs. 122-125).
- COUCEIRO, A.** (1999). **Bioética para clínicos:** Ed.Triacastela. Madrid (págs. 30-89)
- _____ (2001). **DICCIONARIO ESPASA CALPE,** S.A. España. (págs. 14, 350,418, 889)
- DONABEDIAN, A.** (1992). **Evaluación de la Calidad de la Atención Médica.** Publicación Científica Publicación Científica. Washington, DC. OPS/OMS. N.534. OPS (págs. 382-404).
- _____ (1990). **ENCICLOPEDIA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA MOSBY.** Grupo Editorial Océano. España. (pág. 234)
- ESCOBAR, Digna** (2004). **Perspectiva Fenomenológica sobre el Poder del Cuidado Humano Amoroso.** 1ª Edición. Valencia Venezuela. (págs. 60-120).
- ERIKSEN, L. P.** (1998). **Satisfacción del paciente: Un Indicador de Calidad de la Atención de Enfermería.** Revista de Enfermería de Medición, Vol.8, N ° 7, Springer Publishing Company. (pág. 79-90)
- ESCOBAR, D.,** Fernández de B. Hilda (2006). **Cuidado proporcionado por la enfermera y satisfacción del enfermo hospitalizado en una institución privada.** Requisito para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería en Administración de Servicios de Salud. Universidad Carabobo, Valencia. (pág. 12)
- _____ (1.999). **FEDERACIÓN DE COLEGIOS DE ENFERMERAS (O) DE VENEZUELA. Código Deontológico de Enfermería:** Caracas, Venezuela. (págs. 10-19)

- FODDY, W. H.** (1994). **La construcción de preguntas para las entrevistas y cuestionarios:** (New ed.). Teoría y práctica de la investigación social. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press. (pág. 185)
- GARCÍA M y Romero R.** (2001). **El concepto de afecto en el cuidado de enfermería.** Trabajo de grado. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Bogotá. (pàg.134)
- GONZALEZ, F.** (1998). **Diversas variables de la satisfacción personal en su relación con el nivel socioeconómico y cultural.** Tesis Licenciatura. Universidad de Valencia. España. (págs. 234-238)
- GONZALES P.M., Ibarra L.F. y Espinoza R.** (2007). **Actitud y cono cimiento del profesión al de enfermería hacia el cuidado del paciente geriátrico en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.** Rev. de Ciencias de la Salud Perú (pág. 11)
- GRACIA, D.** (1991). **Procedimientos de Decisión en Ética Clínica.** Madrid: Eudema. (págs. 15-20)
- TORRES S.** (1998). Grupo de Cuidado. **Dimensiones del Cuidado.** Facultad de Enfermería. Universidad de Colombia. Producción Editorial: Pedro Bellon. (pág. 134)
- GUTIÉRREZ S., C., Chulula G., A. Chávez, M. E.** (2008).**Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en un Servicio de Cirugía General de segundo nivel. SESEQ.** México. Medigraphic. Cirujano General Vol. 30 Núm. 2. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro.Cirugía General. Hospital General SESEQ. México. Revista en Internet]
- HERNÁNDEZ S., R., y Cols** (2006). **Metodología de la Investigación.** Cuarta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México (págs. 147- 256)
- HINCHLIFF, Susan** (1982).**Enseñanza de la Enfermería Clínica.** Interamericana. México, D.F. (págs. 5,6)
- JIMÉNEZ, P.** (2000). **Cuidados de la autoestimadel paciente hospitalizado.** Revista Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Vol. 2 (págs. 71-78)
- KASH CR.** (1986). **Habilidades y Competencias en la Interacción Enfermera Paciente.** New York: Nurse Red (págs. 113-115)
- KOOS E.** (1994). The health of regionville.Hafner, New York. (page. 67)

- KOZIER B.** y Cols. (1995). **Fundamentos de enfermería.** Interamericana., México (págs. 220, 239-250)
- KRON,** Thora (1995). **Manual de Enfermería.** México. Editorial Interamericana. (pág.76)
- LEDDY,** Susan y Pepper, J. (1995). **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional.** OPS. Filadelfia. Producción Editorial Pedro Bellon. (págs. 110-116)
- LEININGER,** M. (1991). **Cuidado: una necesidad humana esencial.** Detroid: Slack. (págs. 184-195)
- MESTRE V.** Frías M. y Samper P. (2004). **La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index.** Psicothema. Mexico.Vol. 16, nº 2. (págs. 255-260.
- MASLOW,** Abraham (1991). **Motivación y Personalidad.** España. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Traductor Caridad Clemente. (págs. 141-168)
- MARRINER** – Tomey, Ann. (2003).**Introducción al análisis de las teorías de enfermería,** Editorial Manual Moderno, Bogotá. (págs. 66-725)
- MARROQUÍN M.** (2008). **La empatía redimensionada: la compleja evolución de un concepto.** Barcelona. Disponible en: [www. Psicoterapeutas. org/marroquin.doc](http://www.Psicoterapeutas.org/marroquin.doc).
- MAYEROFF,** M. (1971). **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo.** Editora Récord. Brasil. (págs. 24, 33-46,78)
- MEDINA,** J. L. (1999). **La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería.** Barcelona: Laertes. (págs. 29-56)
- MELEIS,** Afaf. (1989).**La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería.** Ponencia presentada en el VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, MemoriasAcofaen, Bogotá (págs. 107, 122)
- MORSE J.** (1994).**Análisis comparativo de la conceptualización y teorías de cuidado.** En: Holn E, Nicholson J. Comportamiento contemporáneo de liderazgo, 4a Ed. Filadelfia: Lippincott. (págs. 25-41.)

- NINO, Carlos S.** (1989). **Ética y derechos humanos**, Un ensayo de fundamentación”. Segunda Ed. Astrea. Buenos Aires (págs. 204)
- PASCOE G.** (1983). **Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis.** En: Attkisson, C. y Pascoe, G. (Eds) Patient satisfaction in health and mental health services: Rev. Instituto Nacional de Salud Pública. Morelos, México. (págs. 185-210)
- PATERSON, J. L.** Zderad. (1988). **Enfermería Humanística.** Estados Unidos de América: la Liga Nacional de Enfermería. (págs. 134-167)
- REPÀRAZ, F. Arina P.** (2005). **Limpieza y desinfección en el hospital. Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad.** Hospital Virgen de Camino. Pamplona España. (págs. 112-115)
- RIBEIRO, L.** (1997). **La Comunicación Eficaz.** Urano. Barcelona, España. (pág.45)
- RIDRUREJO, A.** Medicina L., Rubio S. (1996). **Psicología Médica.** Barcelona 5ta. Edición. (págs. 222-224).
- RIOPELLE, Laura y Cols** (1993). **Cuidados de Enfermería.** México Editorial Interamericana. (págs. 114, 239)
- ROBBINS, Sthepen P** (1998). **Comportamiento Organizacional.** Editorial Prentice Hall. México. (págs.. 136-256)
- RODRÍGUEZ, C., Garfias A.** (2007). **Farmacocinética. En Farmacología para enfermeras.** México: McGraw Hill Interamericana. (págs. 209-210)
- RUIZ P.R, Montesinos JG, Carlos CMP, Vega HS, Barrera SM.** (2003). **Administración de medicamentos por vía oral.** Rev. MexEnfCardiol: Vol 11:Pp.32.
- SALAS-SALVADÓ J.** (2008). **Nutrición y dietética clínica.** Barcelona: Masson, (págs. 80-88)
- TAMAYO, J.** (2002). **Estrategias para Diseñar y Desarrollar Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud.** Editorial San Marcos. Lima Perú: (págs. 68, 135).
- TORRALBA F.** (2002). **Ética del cuidar.** Instituto Borja de Bioética. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina. (págs. 145-190)

TREVIZAN M, Mendes I, N Favero, M. Melo (1998). **El liderazgo y la comunicación en el ámbito de la gestión de enfermería.** Rev. Latino-Am Enfermería. Sao Pablo. Brasil. 6 (5): (págs. 77-82)

_____ (2005). **Unidad Nutrición Clínica y Dietética.** Hospital Ramón y Cajal. Madrid (España). (pág. 133)

VALDERRAMA O. Menacho K. (2010). **Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el Servicio de Emergencia.** Hospital de Barranca, Perú. Requisito para obtener el grado de Maestría.

VILA V, Rossi L. (2002). **Significado cultural del cuidado humanizado en la unidad de terapia intensiva: Mucho se habla y poco se vive.** Rev. lat.-am.enferm. Sao Pablo. Brasil 10(2): (págs. 137-144)

WALDOW, V. R. (1998). **Cuidado Humano. O ResgateNecessário.** Editorial Sagra Luzzatto. Brasil. (págs. 17-19, 56-62)

WATSON, Jean (2002). **Enfermería Ciencias Humanas y Cuidado Humano.** New York. Editorial Publicación Liga Nacional para Enfermería Publicación N° 11. (págs. 15-22-36, 77-82, 120)

YEPES R. (1997). **La elegancia: algo más que buenas maneras.** Revista Humanitas. México. Vol. 6. (págs.156)

ZARATE, R. (2004). **La gestión del cuidado en Enfermería.** IndexEnfermVol..13. Disponible:http://www.index-f.com/indexenfermeria/44revista/44_articulo-42-46.php> (págs44-45)

ANEXOS

ANEXOS “A”
Instrumento

ANEXOS “B”
Validación y Confiabilidad

**INFORME DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD AL INSTRUMENTO
ELABORADO POR LA LIC. ALICIA M. GALÍNDEZ R.
PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN SOBRE
“CUIDADO POR LA ENFERMERA (O) (VARIABLE I)
Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE (VARIABLE II)”**

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN PARA LA VARIABLE I:

El instrumento está conformado por 30 ítems en escala LIKERT, por lo que se aplicó la prueba del ALFA DE CRONBACH (ALFA) que tiene la siguiente fórmula:

$$\text{ALFA} = (n / n-1) * (1 - (\text{suma varianza ítems} / \text{varianza test}))$$
$$\text{ALFA} = (30 / 29) * (1 - (16,10 / 288,30)) = 0,97$$

Al sustituir los valores (según anexo al presente informe), se obtiene que la confiabilidad sea de **0,97** cuyo valor es MUY BUENO y puede, por lo tanto, utilizar el instrumento para la recolección de la información al grupo de estudio.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN PARA LA VARIABLE II:

El instrumento está conformado por 30 ítems en escala LIKERT, por lo que se aplicó la prueba de ALFA DE CRONBACH (ALFA) que tiene la fórmula ya citada anteriormente:

$$\text{ALFA} = (30 / 29) * (1 - (11,90 / 187,30)) = 0,96$$

La confiabilidad es de **0,96** cuyo valor es MUY BUENO y puede, por lo tanto, utilizar el instrumento para la recolección de la información al grupo de estudio.

Prof. José A. García A.
C. I. N° 3.518.248
Profesor Titular Jubilado de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Carabobo
Valencia, 22 de Noviembre del 2013

ANEXOS “C”
Oficios Varios

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO SEDE CARABOBO
MAESTRÍA GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD Y ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ Titular de la C.I _____
Nacionalidad _____ Estado _____ Civil _____
Domiciliado(a) en _____.

En pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie coacción alguna, declaro.

1. Haber informado(a) de manera objetiva, clara y sencilla por parte la autora de la investigación cuantitativa, llevada por estudiante de Maestría en Enfermería Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería de la Dirección de Estudios Avanzados de la Universidad de Carabobo titulado **Prestación de Cuidado por la Enfermera de Cuidado Directo y Satisfacción del Paciente en un Hospital Tipo I.**
2. Haber sido informado(a) de que mi participación en la investigación consiste en responder el cuestionario.
3. Que la investigación me garantiza confidencialidad; relacionada a mi identidad como a cualquier información relativa a mi persona.
4. Que estoy de acuerdo en el uso, para fines académicos, de los resultados obtenidos en el presente estudio.
5. Que mi participación en dicho estudio no implica riesgo no inconveniente alguno para mi salud.

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento y por cuanto mi participación en este estudio es completamente voluntario, acepto y autorizo a la autora de esta investigación a realizar el referido cuestionario.

Investigador

Nombres y Apellidos _____ C.I. _____ Firma _____

Participante

Nombres y Apellidos _____ C.I. _____ Firma _____

Testigo

Nombres y Apellidos _____ C.I. _____ Firma _____

San Felipe, 26 de Marzo de 2013

Dra. Digna Escobar de Mendoza
Miembro de la Comisión Coordinadora
Maestría en Gerencia de los
Servicios de Salud y Enfermería

Por medio de la presente me dirijo a Usted como Coordinadora de la Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería, Dirección de Postgrado de la Universidad Sede Carabobo. Asimismo como tutora del Proyecto de Grado que estoy elaborando titulado: **Prestación de Cuidado por la Enfermera de Cuidado Directo y Satisfacción del Paciente en un Hospital Tipo I**, para hacer entrega de cuatro (4) carpetas que contiene varios segmentos de la investigación para la revisión y aprobación de ser posible, igualmente la validación del instrumento. Esto incluye.

- Objetivo General y específicos
- Sistema de Variables
- Instrumento de Evaluación

Esperando su respuesta en breves días para continuar el proyecto y dar desarrollo a la investigación que presido en el Hospital Tipo I Dr. José Elías Landinez. Se despide de Usted.

Lcda. Alicia Margarita Galindez Rodríguez

C.I. 3883688

**PRESTACION DEL CUIDADO POR LA ENFERMERA(O)
Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL HOSPITAL TIPO I**

Elaborado por: Lcda. Alicia Galindez

DATOS DEL ENTREVISTADO

Presentación

El presente instrumento tiene como objetivo obtener información respecto al Cuidado suministrado por la Enfermeras(o) al paciente hospitalizado en el Hospital Tipo I Dr. José Elías Landinez. Se agradece altamente la disposición voluntaria que Usted tenga para responder cada una de las partes que se presentan a continuación. El instrumento es anónimo.

Instrucciones:

Lea cuidadosamente los enunciados de cada parte que se presentan a continuación. Marque con una (X).

Datos Sociodemográficos

Lugar de habitación. Municipio Bolívar: _____ Manuel

Monge: _____

Edad: 18-29 años _____ 30-49 años _____ 50-69 años _____ 70 años y más _____

Unidad de Cuidado: donde se encuentra hospitalizado (marque con una X)

- | | |
|--|-------------------------|
| a) Sala Observación de Emergencia: _____ | f) Cardiología: _____ |
| b) Alto Riesgo Obstétrico: _____ | g) Traumatología: _____ |
| c) Maternidad: _____ | h) Cirugía _____ |
| d) Medicina: _____ | i) Oncología _____ |

Gracias por su colaboración

I Parte.- Instrucciones

1.- A continuación se ofrece una lista de preguntas que representan las acciones de cuidado de enfermería el cual Usted ha recibido durante su hospitalización.

2.- Use para responder la escala proporcionada con las siguientes alternativas que tienen ponderación numérica establecida en cada casilla.

3.- Marque con una equis(**x**) en la casilla de la alternativa seleccionada por Usted.

Nunca	N	1
Casi Nunca	CN	2
Algunas Veces	AV	3
Casi Siempre	CS	4
Siempre	S	5

Gracias por su colaboración

		Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Items	Dimensión Técnica del cuidado Procedimientos básicos La enfermera(o) que lo cuidó durante su hospitalización:	N 1	CN 2	AV 3	CS 4	S 5
1	Le midió presión arterial.					
2	Le midió la temperatura.					
3	Le midió el pulso.					
4	Le midió la respiración.					
5	Le ayudo en el lavado bucal.					
6	Le dio el baño en cama.					
7	Le ayudo con el cambio de posición.					
8	Se ocupó de que Usted tuviera el ambiente de la habitación limpio.					
9	Estuvo pendiente que le dieran la dieta indicada.					
10	Le dio los medicamentos que le correspondían a la hora correcta.					
11	Le cumplió el medicamento en la vena sin producirle lesiones.					
12	Le hizo la cura cuando correspondía.					
Items	Dimensión Técnica del cuidado Proceso de Enfermería La enfermera(o) que lo cuidó durante su hospitalización:					
13	Se interesó por su estado de salud al recibir el turno.					
14	Le resolvió las situaciones o problema que Usted le planteó.					

Items	Dimensión Técnica del cuidado Proceso de Enfermería La enfermera(o) que lo cuidó durante su hospitalización:	Nunca Casi Nunca Algunas Veces Casi Siempre Siempre				
15	Le explicó los procedimientos que le cumplía.					
16	Cumplió las actividades requeridos por Usted.					
17	Estuvo pendiente que le cumplieran las órdenes médicas indicadas.					
Items.	Dimensión Afectiva del Cuidado Comunicación Efectiva La enfermera(o) que lo cuidó durante su hospitalización:					
18	Se interesó por saber cómo se sentía Usted.					
19	Mostró interés en conocer su mejoría con el tratamiento cumplido.					
20	Atendió a su llamado de inmediato cuando Usted lo solicitó.					
21	Se aseguró de su mejoría con el tratamiento administrado.					
22	Comprendió fácilmente lo que Usted le manifestaba.					
23	Informó a las otras colegas como pasó Ud. el turno					
Items.	Relación Empática La enfermera(o) que lo cuidó durante su hospitalización:					
24	Le transmitió seguridad cuando lo cuidada.					
25	Le inspiró confianza por la forma como le hablaba.					

		Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Items	Dimensión Ética del Cuidado Respeto a la dignidad del Paciente La enfermera(o) que lo cuidó durante su hospitalización	N 1	CN 2	AV 3	CS 4	S 5
26	Le llamó por su nombre y apellido.					
27	Protegió su cuerpo cuando le hacían el examen físico.					
28	Fue discreta con la información que Usted le suministró.					
Items	Dimensión Ética del Cuidado Respeto al Principio de Autonomía del Paciente La enfermera(o) que lo cuidó durante su hospitalización					
29	Le pidió su opinión o preferencia cuando le hacía algún cuidado.					
30	Le permitió a Usted participar cuando le cumplía algún cuidado					

Presentación

El presente instrumento tiene como objetivo obtener información respecto a la Satisfacción del paciente hospitalizado por los cuidados recibidos por la enfermera(o).

II.- Parte. Instrucciones

- 1.- A continuación se ofrece una lista de preguntas que representan las acciones de cuidado de enfermería el cual Usted ha recibido durante su hospitalización.

- 2.- Use para responder la escala proporcionada con las siguientes alternativas que tienen ponderación numérica establecida en cada casilla.

- 3.- Marque una equis (x) en la casilla de la alternativa seleccionada por Ud.

Nunca Satisfecho	NS	1
Casi Nunca Satisfecho	CNS	2
Algunas Veces Satisfecho	AVS	3
Casi Siempre Satisfecho	CSS	4
Siempre Satisfecho	SS	5

Gracias por su colaboración

Ítems	Satisfacción del Paciente por el Cuidado Técnico Procedimientos Básicos	Nunca Satisfecho	Casi Nunca Satisfecho	Algunas Veces Satisfecho	Casi Siempre Satisfecho	Siempre Satisfecho
		NS 1	CNS 2	AVS 3	CSS 4	SS 5
1	Que la enfermera(o) midiera mi presión arterial, me hizo sentir:					
2	Que la enfermera(o) midiera mi temperatura, me hizo sentir:					
3	Que la enfermera(o) midiera mi pulso, me hizo sentir:					
4	Que la enfermera(o) midiera mi respiraciones, me hizo sentir:					
5	Que la enfermera(o) me ayudara a lavarme la boca, me hizo sentir:					
6	Que la enfermera(o) me ayudara a bañarme, me hizo sentir:					
7	Que la enfermera(o) me ayudara con el cambio de posición, me hizo sentir:					
8	Que la enfermera(o) se preocupara porque mi habitación estuviera limpia, me hizo sentir:					
9	Que la enfermera(o) se preocupara por la dieta indicada, me hizo sentir:					
10	Que la enfermera(o) me diera el tratamiento a la hora indicada, me hizo sentir:					
11	Que la enfermera(o) cumpliera con el tratamiento en la vena sin complicaciones, me hizo sentir:					
12	Que la enfermera(o) me hiciera las curas necesarias, me hizo sentir:					

		Nunca Satisfecho	Casi Nunca Satisfecho	Algunas Veces Satisfecho	Casi Siempre Satisfecho	Siempre Satisfecho
Ítem	Satisfacción del Paciente por el Cuidado Técnico. Proceso de Enfermería	NS 1	CNS 2	AVS 3	CSS 4	SS 5
13	Que la enfermera(o) se preocupara por mi estado de salud, cuando llegaba a su guardia, me hizo sentir:					
14	Que la enfermera(o) intentara resolver mi problema, me hizo sentir:					
15	Que la enfermera(o) me explicara los procedimientos a cumplir, me hizo sentir:					
16	La actividad del baño realizada por la enfermera(o), me hizo sentir:					
17	El cumplimiento del tratamiento, por la enfermera(o) me hizo sentir:					
Ítem	Satisfacción del Paciente por el Cuidado Afectivo Comunicación Eficaz					
18	Que la enfermera(o) se interesara por miscambios de salud, me hizo sentir:					
19	Que la enfermera(o) le importara mi evolución en el tratamiento, me hizo sentir:					
20	Que la enfermera(o) le preguntara a sus compañeras por mis cuidados, me hizo sentir:					
21	Que la enfermera(o) atendiera de inmediato a mi llamado, me hizo sentir:					
22	Que la enfermera(o) verificara el efecto del tratamiento que me administraba, me hizo sentir:					
23	Que la enfermera(o) comunicara a sus compañeras el progreso de mi salud, me hizo sentir:					

		Nunca Satisfecho	Casi Nunca Satisfecho	Algunas Veces Satisfecho	Casi Siempre Satisfecho	Siempre Satisfecho
Ítems	Satisfacción del Paciente por el Cuidado Afectivo Relación Empática	NS 1	CNS 2	AVS 3	CSS 4	SS 5
24	Que la enfermera(o) demostrara seguridad hacia mis cuidados, me hizo sentir					
25	Que la enfermera(o) al hablarme me infundiera confianza, me hizo sentir:					
Ítems	Satisfacción del Paciente por el Cuidado Ético Respeto a la Dignidad					
26	Que la enfermera(o) me llamara por mi nombre y apellido, me hizo sentir:					
27	Que la enfermera(o) cubriera mi cuerpo durante el examen médico, me hizo sentir:					
28	Que la enfermera(o) reservara la información dada por mí, me hizo sentir:					
Ítems	Satisfacción del Paciente por el Cuidado Ético Respeto al Principio de Autonomía					
29	Que la enfermera(o) me permitiera opinar sobre mis cuidados, me hizo sentir					
30	Que la enfermera(o) permitiera colaborar en mis cuidados, me hizo sentir:					