



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Percepción del familiar del niño atendido en el servicio de emergencia acerca de la calidad del cuidado humanizado que brinda la enfermera en el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja 2014

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Pediátrica

AUTOR

Mirian Yohanna Sedano Ramos

LIMA – PERÚ
2015

**'PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL NIÑO
ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
ACERCA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO
HUMANIZADO QUE BRINDA LA ENFERMERA EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO-
SAN BORJA' 2014**

A Dios por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento, a mis padres porque me han dado la existencia, Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hijos que siempre me apoyaron incondicionalmente para poder desarrollarme en mi profesión. Quienes han sido y son mi motivación, inspiración y felicidad.

INDICE

PAG.

CAPITULO I: INTRODUCCION

1.1	Situación Problemática.	8
1.2	Formulación del Problema.	11
1.3	Justificación e Importancia.	11
1.4	Objetivos de la Investigación.	14
1.4.1	Objetivo General.	14
1.4.2	Objetivos Específicos.	14

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1	Antecedentes del Problema.	15
2.2	Bases Teóricas.	18
2.3	Definición Operacional de Términos	30
2.4.	Hipótesis general.	30
2.5.	Identificación de variables.	30
2.6.	Operacionalización de variables	31

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1	Tipo y Diseño de Investigación.	32
3.2	Lugar de estudio.	32
3.3	Población de estudio.	32
3.4	Unidad de análisis.	32
3.5	Muestra y Muestreo.	32
3.6	Criterios de Selección	33
	3.6.1. Criterios de inclusión.	33
	3.6.2. Criterios de exclusión.	33
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de Datos.	33
	3.7.1. Valides y confiabilidad del instrumento.	33
	3.7.2. Plan de recolección de datos.	34
3.8	Procedimiento para el análisis e interpretación de la información.	34
3.9.	Aspectos éticos de la investigación	34

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1.	Resultados	36
4.2.	Discusión	39

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	Conclusiones	41
5.2.	Recomendaciones	41
5.3.	Limitaciones	42

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	43
------------------------------------	----

ANEXOS.	45
----------------	----

RESUMEN

AUTOR: LIC. MIRIAN YOHANNA SEDANO RAMOS.

ASESOR: MG. JUANA CUBA SANCHO.

Identificar la percepción del familiar del paciente pediátrico atendido por la enfermera en el servicio de emergencia, respecto de la calidad del cuidado recibido, es un indicador importante a evaluar en su calidad de usuario del servicio, brindado en emergencia por la enfermera.

En el servicio de emergencia las enfermeras cumplen funciones técnico-científicas y de cuidado humanizado, por tanto el presente trabajo pretende determinar la percepción del familiar de los niños atendidos en emergencia respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

El estudio es cuantitativo, tipo descriptivo, corte transversal; se realizó a una muestra de 60 familiares, mediante entrevista se les aplicó un cuestionario con escala de tipo Licker modificada.

Las conclusiones fueron que la percepción de la familia de los pacientes pediátricos acerca de la calidad de la atención que brinda la enfermera es regular con un 64% (39), siendo el área más crítica la dimensión técnica, donde existe una percepción de la calidad como mala con 56.7% (34) familiares; siendo el indicador más significativo la habilidad y la destreza del personal de enfermería, con un 30% (30) familiares.

Palabras Claves: Percepción del cuidado, cuidado de enfermería, enfermera pediátrica de emergencia, paciente pediátrico, calidad de la atención.

ABSTRACT

AUTHOR: LIC. MIRIAN YOHANNA SEDANO RAMOS.

ADVISOR: MG. JUANA CUBA SANCHO.

Identify the perception of family of pediatric patients treated by the nurse in the emergency service, regarding the quality of care received is an important quality to assess user of the service provided by the nurse in emergency indicator.

In the emergency room nurses scientific technically meet humanized care functions and therefore this study aims to determine the perception of family of children treated in emergency respect to the humanized care given by the nurse of the National Institute of Child Health San Borja.

The study is quantitative descriptive, cross-sectional; relatives a questionnaire with modified type Licker scale applied.

The conclusions that were reached was that the perception of the family of pediatric patients about the quality of care provided by the nurse is regular with 64% (39), the area most critical technical dimension, where there a perception of poor quality and with 56.7% (34) families; the most significant indicator being the ability and skills of nurses, with 30% (30) family.

Keywords: Perception of care, nursing care, pediatric emergency nurse, pediatric patient care quality.

PRESENTACION

El propósito que se tiene es que los resultados del estudio de investigación permitirá que el departamento de Emergencia y el departamento de Enfermería cuente con una información real y confiable sobre la percepción del familiar acerca de la atención que brinda la enfermera a los niños que atienden; lo cual servirá como base para valorar la atención integral que brinda la enfermera, información importante que servirá para diseñar programas de capacitación y guías de atención que se aplicarían al familiar y una implementación eficaz y efectiva de cumplir con una guía de atención al familiar del niño atendido en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

CAPITULO I: INTRODUCCION

1.1 Situación Problemática.

En el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN-SB), al igual que en otros servicios de hospitalización, encontramos que los usuarios son en su mayoría niños referidos de otras instituciones de salud de menor nivel de atención, por ello presentan patologías de alta complejidad que deben ser resueltas debido a la capacidad resolutoria que tiene el INSN-SB. El niño que llega al servicio de emergencia generalmente viene acompañado por un familiar cercano al cual se le observa angustiado y preocupado; la enfermera debido a la situación de urgencia o emergencia prioriza el cuidado y la estabilización del niño, dejando para un segundo plano la orientación y el apoyo emocional al familiar. Sin embargo la percepción del familiar en relación al actuar del personal de enfermería será desde la primera atención que se le brinde al niño; esta percepción se ve influenciada por múltiples factores; como las expectativas, el contexto en el que se brinda el cuidado. Como enfermera que laboro en el servicio de emergencia al interactuar con el familiar estos manifiestan: "A veces la enfermera no me informa sobre la situación de salud de mi hijo", "viene pone su medicina, lo atiende y se va", otros dicen "no se da cuenta del sufrimiento que como familiar tenemos"

Al conversar con las enfermeras ellas expresan: siempre estoy sobrecargada del trabajo por la complejidad de las atenciones hacia el niño, y no alcanza el tiempo en la mayoría de los casos para orientar al familiar. Al respecto Lenniger manifiesta: la enfermera debe brindar un cuidado culturalmente pertinente al paciente y familia para que sea de calidad, es decir humano, seguro, oportuno y continuo. A su vez

"(...) *La doctora Jean Watson, autora de la "Teoría del Cuidado Humano", sostiene que "ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería (...)"*.

El cuidado por algunos autores (Allport y Sheldon. (2010), Banante 2006) es definido como la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida", es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

En el ámbito nacional Mera (2007). realizó un estudio en Lima - Perú en el año 2007, titulado *"El Cuidado Humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería de la Universidad Mayor de San Marcos"* concluyendo que el cuidado humanizado que se viene dando a la familia y paciente moribundo es indiferente, discriminante e insolente. Actualmente existe una amenaza que está presente en todos los ámbitos de la vida social, nos estamos refiriendo a la deshumanización, de allí que se precisa realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, actitudes y valores y esto no es ajeno en el campo profesional de enfermería. (Jaramillo 2006)

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

El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto-curación, sin embargo las institucionales hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado (Anónimo s.f.)

Un factor influyente en Latinoamérica, son los sistemas institucionales impregnados del modelo biomédico bajo el cual las enfermeras realizan su trabajo lo que la ha llevado a una sobrecarga de trabajo y pérdida de su autonomía. En países como Chile y Brasil, entre otros, esta situación no es ajena en los servicios sanitarios, llevando a la insatisfacción profesional de las enfermeras, ya que observan la desvalorización de su trabajo en los campos clínicos y el alejamiento de la humanización de los cuidados. (Moriana 2011)

En la práctica diaria del quehacer profesional de enfermería es posible que no haya coherencia entre las expectativas profesionales y la del usuario, pues mientras las profesionales valoran más el área técnico-científica, los usuarios valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta dentro de las instituciones hospitalarias, siendo así es muy importante que las enfermeras reflexionen sobre su propia práctica y prioricen los cuidados centrados en los usuarios y que los cuidados humanizados se integren a la praxis para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. (Mansilla 2001)

En el Perú, algunos resultados de investigación, muestran que el cuidado humanizado que se viene dando a la familia y paciente moribundo es indiferente, discriminante e insolente (Jaramillo 2006); del mismo modo en la actuación hospitalaria debido a la innovación

tecnológica, la sobredemanda de pacientes entre otros, se aprecia que, la mayoría de profesionales que integran el equipo de salud, proveen un cuidado desprovisto de sensibilidad humana.

En el Instituto Nacional del Niño San Borja, durante mi labor clínica se ha podido observar que en reiteradas oportunidades se realiza la segmentación del cuidado, relegando la dimensión humanística. Particularmente en el servicio de emergencia, se ha observado que las enfermeras cumplen sus funciones responsablemente, no obstante, algunas centran su quehacer en la dimensión técnica - científica, obviando muchas veces la dimensión humana ;en otras se aprecia indiferencia, es decir parece que no valoran la importancia de la relación interpersonal paciente-enfermera, lo que origina un distanciamiento con el niño y su familia, no se produce lo que comúnmente llamamos “empatía”; esta situación podría ser atribuible a las limitaciones de recursos humanos, excesiva carga laboral, factores personales de los profesionales entre otros, pero no se conoce con exactitud. .

Ante la situación planteada y no habiéndose llevado a la fecha estudios relacionados con el tema, surge la necesidad de desarrollar el presente trabajo que responde a la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del Problema.

¿Cuál es la percepción del familiar del niño atendido en el servicio de emergencia acerca del cuidado humanizado que brinda la enfermera en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja , en los meses de julio - diciembre 2014?

1.3 Justificación de la Investigación.

Los aspectos biomédicos y curativos, han tenido una influencia por siglos en los servicios de salud. El curar, asumido por la medicina moderna, se funda en una perspectiva analítica, empírica y experimental,

adecuada para el estudio de los procesos biológicos y fisiopatológicos, que, como fenómenos naturales, presentan estabilidad, regularidad, constancia y cierta independencia de contexto, pero, ha reducido lo humano a lo biológico; situación que viene desde el siglo XVIII, en que el cuerpo humano pasa a ser objeto específico de la aplicación de la medicina, y el enfermo pasa a ser una enfermedad. (Poblete 2007).

El cuidado holístico en los servicios de salud se ha visto dificultado por esta visión biomédica de la salud, determinando que enfermería concibe la realidad dentro de los parámetros de la biomedicina, en donde el cuidado es concebido a partir de normas, expedientes, rutinas y patrones de conductas desde que las familias entran a los centros de salud.

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo Watson (Poblete 2007). hace referencia que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica.

La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos y muy particularmente en el campo de pediatría.

La percepción del familiar influye en su satisfacción del cuidado recibido de la enfermera y este es un indicador de calidad por ello es necesario conocer cuál es su percepción.

En la investigación se plantea la necesidad de conocer e identificar los puntos críticos y plantear soluciones y así recuperar la imagen y el respeto de Enfermería en la Sociedad. Esta reflexión va llevarle a una actitud crítica frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y hacer de su práctica diaria, un cuidado de calidad y sensibilidad humana. La investigación aporta un crecimiento como persona y profesional, generando un impacto transformador en nuestro sistema de salud.

Cualidades personales de las profesionales de enfermería en el servicio de Emergencia del Instituto Nacional del Niño San Borja, que como sabemos es un centro referencial nacional, y cuyo personal de enfermería optan por los servicios asistenciales; al abordar la edad de las enfermeras es de gran importancia según Allport (2010) la edad está relacionada estrechamente con el proceso de maduración anatómico fisiológico y social que cursa el individuo lo que determina las características especiales de comportamiento, es así que los adultos se caracterizan por la plena vigencia de las capacidades físicas e intelectuales y madurez emocional lo que le permite mayor estabilidad y mejor intervención en el cuidado de la salud; estudios realizados sobre los recursos humanos en salud en Perú (Jaramillo 2006) la edad que presentan las enfermeras y enfermeros en un 52.4% representa a adultos jóvenes no obstante cifras que registra el censo (Colegio de enfermeras del Perú 2001), hacen referencia que el Perú existen 31,008 enfermeras, de las cuales 1546 (4.9%) son mayores de 65 años que aún no han cesado, así mismo, algunos estudios asociados refieren que las enfermeras y enfermeros se caracterizan por ubicarse en mayores proporciones en el grupo etario de adultas jóvenes, siendo el estudio de recursos, fundamental para justificar la investigación y ser una herramienta gerencial, al momento de hacer las distribuciones de personal a nivel de emergencia, debido a que se necesita personal pro activo y que este equiparado con la experiencia necesaria, para afrontar la carga laboral de un centro referencia como lo es el Instituto Nacional del niño San Borja.

Así mismo, la investigación se enfocara en determinar el cuidado humanizado que brindan las profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Instituto Nacional del Niño, respecto de tres dimensiones: interpersonal, técnico y Confort, cuando entra en contacto con los pacientes, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor.”.

1.4 Objetivos de la Investigación.

1.4.1 Objetivo General.

- Determinar la percepción del familiar de los niños atendidos en emergencia respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Identificar La percepción que tiene el familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera en la dimensión interpersonal.
- Identificar la percepción que tiene el familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera en la dimensión técnica científica.
- Identificar la percepción que tiene el familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera en la dimensión confort.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Los siguientes trabajos que directamente se relacionan con la presente investigación:

En el ámbito internacional uno de ellos realizado insatisfacción e ira en padres de niños atendidos en servicios de urgencias pediátricos”. El objetivo del presente estudio es explorar la ira de los padres durante la atención a sus hijos en servicios de urgencias pediátricas, sondeando dimensiones específicas de insatisfacción que pueden predecir la aparición de ira. Es un estudio descriptivo transversal, los datos fueron recolectados mediante auto informe a 711 progenitores de niños atendidos en servicios de urgencias de pediatría; Los instrumentos utilizados fueron el inventario de Expresión de Ira Estado – Rasgo – 2 (STAXI-2) y la escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios. Los análisis estadísticos incluyeron análisis descriptivos, correlacionales, de varianza y de regresión lineal múltiple. El trabajo se realizó con un total de 53 progenitores (7.5%) mostraron niveles de ira de altos y medios. La puntuación media en satisfacción fue 37.12 (SD= 7.33). Se encontró que mayores niveles de satisfacción global se asociaron significativamente a menores niveles de ira ($r=29$, $p=.0.0$). Entre las variables estudiadas, una menor satisfacción con el acceso al servicio ($B= -172$, $p=.00$) y con el personal sanitario ($B= 121$, $p=.00$), predijeron mayores niveles de ira. Las conclusiones fueron que es importante continuar trabajando para mejorar el acceso de los pacientes y sus familiares a los servicios de urgencias,

los procesos de información y la comunicación con el personal sanitario, entre otras iniciativas.

Por otro lado, Xavier de Souza y otros (1998) realizaron un estudio titulado “La estructura familiar de niños accidentados”. El estudio tiene como objetivo analizar el perfil de familias involucradas en accidentes domésticos, de niños entre 1 a 5 años de edad, atendidos en un hospital de emergencia, de la red pública, en el Municipio de Fortaleza, Ceará, Brasil. Se realizó mediante pesquisa exploratoria- descriptiva. Se comprobó que la mayoría de las familias habitan áreas desprovistas de condiciones socio sanitarias, enfrentan restricciones educacionales y conviven con la violencia. La mujer asume la mayor parte de los encargos financieros, las responsabilidades educacionales y sociales del niño. El factor económico es determinante para que la mujer participe cada vez más en el mercado de trabajo, dificultando una protección y vigilancia efectiva a los niños. Se concluye que el núcleo familiar necesita políticas sociales y atenciones específicas eficaces, fortaleciendo, de este modo su estructura física, emocional, social y cultural.

Merighi y otros (2011) realizaron un trabajo de investigación cuyo título es “Cuidado del Recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal”. El estudio tuvo como objetivo comprender como las enfermeras experimentan el cuidado prestado al recién nacido en la presencia de los padres. Se trata de una investigación cualitativa con abordaje de la fenomenología social; tuvo participación de siete enfermeras, entrevistadas en los meses de enero y febrero de 2009 en el Hospital de Brasil.

Se encontró que la enfermera percibe las necesidades de los padres, tiene expectativas positivas en relación al cuidado realizado y reconoce ser el eslabón entre ellos, ayudándolos a convivir con el hijo internado. Sin embargo, en situaciones de emergencia, tiene dificultades en cuidar al neonato en la presencia de los padres. Concluyeron que la enfermera evalúa positivamente la presencia de los padres en la unidad de terapia intensiva neonatal, envolviéndolos permanentemente en el cuidado del recién nacido. El estudio evoca la emergencia de un contexto de cuidado

(enfermera/neonato/sus padres) que precede a la aproximación entre los sujetos y las demandas por ellos presentadas.

Torres y otros (2011), realizaron un estudio cuyo título es “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería de pacientes oncológicos hospitalizados”. El objetivo es determinar la percepción de la calidad del cuidado según la dimensión de satisfacción y experiencia con los cuidados en los pacientes que reciben tratamiento en la unidad de oncología de una institución de salud. El estudio fue descriptivo de corte transversal, con pacientes hospitalizados a través de la aplicación del cuestionario de calidad de cuidado de enfermería (Cucase). Como resultado se obtuvo un alfa de conbach de 0.96. En las conclusiones se determinó que el proceso y desarrollo de esta investigación demostró que el cuestionario de la calidad de cuidado de enfermería CUCACE en sus dos dimensiones de experiencia y satisfacción de los cuidados fue asimilado fácilmente por los pacientes hospitalizados en el área oncológica de la FOSCAL (Colombia), siendo entendible y comprensible con un buen nivel de confiabilidad lo cual lo hace adecuado a la evaluación de la satisfacción y la experiencia del paciente hospitalizado y así medir la calidad del cuidado que brinda la enfermera.

En el ámbito nacional Cardenas (2007) realizó un estudio en Lima - Perú, titulado “El Cuidado Humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería de la universidad Mayor de San Marcos” concluyendo que el cuidado humanizado que se viene dando a la familia y paciente moribundo es indiferente, discriminante e insolente.

Bazán, Andrea (2013) realizaron un estudio cuyo título es “Satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con infección respiratoria aguda en el hospital Nacional Dos de Mayo”. El objetivo del estudio es determinar la satisfacción según percepción del padre y cuidado enfermero al niño con ira en el HNDM. La metodología fue descriptivo, de corte transversal y de enfoque cuantitativo; con una

muestra probabilística de 110 padres y 15 enfermeras evidenciado en siete oportunidades el cuidado. Se aplicó el cuestionario a los padres y una lista de observación a las enfermeras, ambos sometidos a evaluación de validez ($p < 0.05$) y confiabilidad ($p > 0.60$). Se realizó la prueba de Estanino para obtener el valor final de ambas variables satisfacción (alto, medio y bajo) y cuidado (bueno, regular y malo). En los resultados se encontró que el 58.18% manifestó un nivel de satisfacción media, el 23.36% fue de satisfacción baja y el 15.45 % tiene un nivel de satisfacción alta. Respecto al cuidado enfermero el 38.18 aplica un cuidado regular, el 31.82% bueno y el 30% es malo. Las conclusiones fueron que el mayor porcentaje de los padres manifestaron un nivel de satisfacción de medio a bajo y el cuidado enfermero se observa de regular a bueno, pero destaca en menor proporción la dimensión humana.

En el Perú, algunos resultados de investigación, muestran que el cuidado humanizado que se viene dando a la familia y paciente moribundo es indiferente, discriminante e insolente. Al contrastar estos resultados con estudios realizados por Mansilla (2011), las conductas de los profesionales de enfermería median inevitablemente en las relaciones que se establecen con el usuario, familia y el resto de profesionales, constituyendo estas conductas el eje fundamental sobre el que gira toda intervención terapéutica, asistencial y de cuidados; otros estudios demuestran que las cualidades de la enfermera pediátrica debe orientarse a ser académicos, compasivos, adicción al trabajo, calma, habilidades para la comunicación verbal y no verbal, dicho contexto difiere con la población estudiada, pues tal como se ha señalado, la mayoría de enfermeras presenta cualidades no idóneas para lo que se requiere de una enfermera pediátrica.

2.2. BASES TEORICAS

2.1 Generalidades de Percepción:

2.1.1 Definición de Percepción: La noción de percepción deriva del termino latino perceptio y describe tanto a la acción como a la

consecuencia de percibir, es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas o comprender y conocer algo.

Se cita la definición de varios autores para poder entender con más claridad lo que es percepción:

Según Linford (1900) refiere que la percepción es aquel proceso intelectual donde se toma conciencia, como también de reconocer el significado de los provenientes de los sentidos. Es un proceso activo mediante el cual la experiencia presente es relacionada con otras u otra pasada y les permite interpretarlas.

Kolb (1985) la percepción se basa en aspectos cognoscitivos anteriores para luego ser un proceso intelectual. Describió dos tipos opuestos de percepción:

- Las personas que perciben a través de la experiencia concreta.
- Y las personas que perciben a través de la conceptualización abstracta (y generalizaciones).

Para Costa (1981) “La percepción es el conjunto de actividades que entra en el proceso psíquico- físico de la vista al recibir consciente o inconscientemente las distintas señales que emanan del mundo circundante. Permiten o provocan estados reacciones etc. También conscientes e inconscientes.

2.1.2.- MEDICION DE LA PERCEPCION:

Céspedes y otros (2011) realizaron un estudio cuyo título es validación de un instrumento para medir la percepción de la calidad de los servicios farmacéuticos del sistema público de salud de Costa Rica. El objetivo del estudio fue elaborar un instrumento válido y fiable para evaluar la calidad percibida por los usuarios de los servicios farmacéuticos del Sistema de Salud costarricense. El método se realizó con un instrumento conformado por tres dimensiones: técnica, interpersonal y ambiental, con 53 ítems en escala Likert. Fue evaluado por cuatro profesionales en farmacia con amplia experiencia en los ámbitos investigativo, administrativo y clínico. Dicha evaluación generó un cuestionario de 49 preguntas, el cual fue

aplicado a 115 usuarios de la farmacia del Hospital San Rafael de Alajuela. Los resultados en un análisis factorial determino unidimensionalidad en el instrumento. El análisis de fiabilidad sugirió La eliminación de cinco ítems más fue sugerida por aspectos de consistencia interna: un alfa de crobach final de 0.951.

2.1.3.- **CARACTERISTICAS DE LA PERCEPCION:**

- Es un proceso en el tiempo, un flujo continuo y dinámico.
- Siempre debe ser elicitada por estímulos del medio, por tanto, es necesario que los receptores entren en contacto con la energía física del estímulo.
- Transforma la información registrada por los receptores (input sensorial), mediante cálculos que producen ciertas transformaciones, para producir una respuesta (output perceptual).
- El medio sobre el que operan las transformaciones (procesamiento de información) son las representaciones, entendidas como descripciones explícitas del estímulo, significativas para el sistema cognitivo.
- La percepción no es absoluta, sino relativa, es decir que no tiene lugar en el vacío, sino que ocurre siempre en un contexto.
- Del La percepción depende del nivel de adaptación previo del perceptor.
- El propósito de este proceso es lograr una construcción o interpretación del estímulo distal, con ayuda de inferencias, que sea significativa para el sujeto que percibe.

2.1.4.- **PERCEPCIÓN SOCIAL:** Henríquez (2012) define a la percepción social como el estudio de las influencias sociales sobre la percepción. “Hay que tener en cuenta que las mismas cualidades pueden producir impresiones diferentes, ya que interactúan entre sí de forma dinámica”.

Estas impresiones presentan cierta estructura, donde existen cualidades centrales y cualidades periféricas. Cada parte forma un todo; y la omisión o el agregado de una cualidad alteran la percepción global.

Factores que influyen en la percepción social:

- Las expectativas acerca del sujeto con el que se va a interactuar, las motivaciones (que hacen que el hombre que percibe vea en el otro individuo lo que se desea ver), las metas (influyen en el procesamiento de la información), la familiaridad y la experiencia.

2.1.5.- PERCEPCIÓN INTERPERSONAL:

Negrotto y otros definen a la percepción interpersonal como la captación imagen o representación mental que una persona realiza de otra.

Percepción = Captar y procesar la interpretación.

Inter = dentro, entre, en medio etc.

Personal = Propio.

Leaniev () Define a la percepción interpersonal como un proceso que implica organizar la información de las personas y atribuir las propiedades, esto es constantemente. Esta relación interpersonal, se da a través de impresiones y de información perceptual, del conocimiento del objeto, el contexto y la experiencia pasada y ciertos atributos en la persona estímulo. Supone un mecanismo de comparación con datos almacenados, partiendo del análisis de la primera impresión el proceso de atribución, una vez identificado ciertos rasgos en la persona estímulo y partiendo de un criterio o modelo el sujeto genera expectativas al posible comportamiento de las personas. Lo que va dar lugar a establecer una evaluación favorable o desfavorable de las personas esto se traduce en un acercamiento o en un rechazo. Esta percepción se puede dar en dos modalidades: directa o indirecta. La directa es mediante el contacto con la persona y la información de los datos que llega a nuestros sentidos, y la indirecta está mediado por el canal de comunicación. (Radio, la prensa escrita, etc.).

2.1.6.- LA PERCEPCION DEL FAMILIAR SOBRE LA INTERVENCION DE LA ENFERMERA:

Hernández y otros (2002) La percepción del familiar acompañante , con relación a los servicios que presta el personal de enfermería, es considerada como una actividad guiada por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene como consecuencia de esta actividad la cual refleja en gran medida el grado de satisfacción que el familiar acompañante además del paciente pueden tener de la atención recibida; la percepción depende de la calidad de los servicios otorgados.

La percepción del familiar sobre la intervención de la Enfermera estará en base a la calidad de atención que el personal de enfermería atienda a su familiar en este caso sería a su hijo y como es el interactuar y lo más importante que el familiar entienda el porqué del actuar así con su hijo y apoye en la medida de lo posible en su recuperación. Esta percepción estará condicionada a la comunicación efectiva, el acercamiento y el interactuar de la enfermera con el familiar del niño atendido.

2.2.- LA FAMILIA Y EL PACIENTE PEDIATRICO:

2.2.1.- DEFINICION DE FAMILIA: La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un periodo indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.

Según Malde (2005) define a la familia como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, y que se supone que es duradero, en esta familia se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.

Refiere que desde que nacemos, la familia se constituye como el principal grupo de apoyo y de sostenimiento. Se comienza con la conducta de apego, nada más nacer, y se termina con la posibilidad que nos brinda la familia de acceder a los recursos que nos ofrece la sociedad. En este sentido, podemos decir que el grupo familiar cumple una serie de funciones con respecto a sus hijos, que serían las siguientes:

- Asegurar su supervivencia, su crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, dialogo y simbolización.
- Aportar a sus hijos un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no sería posible.
- Aportar a los hijos la estimulación necesaria para relacionarse de una forma competente con su entorno físico y social, así como la capacidad para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo que les toca vivir.
- Tomar decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que compartirán con la familia la tarea de educación del pequeño.

2.2.2.- LA FAMILIA Y SUS CARACTERISTICAS:

Las características de la familia es un sistema abierto, en transformación que, pese a los cambios permanentes, se sostienen a lo largo del tiempo. Mantienen conductas redundantes que le otorgan singularidad, con un conjunto de creencias que asigna significado a su particular manera de leer el mundo. Montes (2013).

Según Lewis/Cambell (2012) Las características de la familia son:

- ✓ Los miembros se apoyan unos a otros.
- ✓ Tienen buena comunicación. Son sinceros y honestos. Hablan unos con otros, hablan de todo.
- ✓ Pasan tiempo junto.

- ✓ Comparten valores. Existe un acuerdo sobre una variedad de temas relacionados con la disciplina, los principios morales, límites, etc.
- ✓ Practican el amor y el reconocimiento.
- ✓ Tienen metas e intereses comunes.
- ✓ Están dispuestos a negociar y a encontrar soluciones ante la crisis. Tienen parámetros definidos para resolver los desacuerdos. Se ponen límites para el uso de lenguaje ofensivo. Cuando se han roto las reglas, las personas están dispuestas a pedir perdón de inmediato y restituir el daño.
- ✓ Están supuestos a hacer sacrificios por el bien de la familia. No son egoístas.
- ✓ Los miembros de la familia brindan confianza y son dignos de ella. Confianza es el pegamento que mantiene a la familia unida.

Según Martínez (2012) refiere que las características de la familia son:

- Apoyo y confianza: Los miembros de la familia se apoyan mutuamente. Nadie impone puntos de vista o decisiones. Todos tienen plena confianza en sí mismos.
- Respeto: Se respetan los espacios íntimos, las opiniones, los derechos. Los miembros de la familia son personas en todo el amplio sentido de la palabra.
- Autoestima: El autoestima propia y de cada miembro se incrementa. No se hace nada que vaya a menguar el bienestar del otro. Se enseña a los niños a crecer con una buena autoestima.
- Compañerismo: Se comparten las decisiones y responsabilidades. No se toman las decisiones por separado sino que se involucran todos los miembros de la familia.
- Comunicación: Hay un ambiente sano de comunicación. No hay abusos verbales. Todos los miembros se sienten libres de compartir sus ideas, pensamientos y opiniones libremente.

La enfermera debe conocer el funcionamiento y la mecánica familiar para aplicar cuidados e informar sobre la educación sanitaria que se debe proporcionar al niño.

2.2.3.- FAMILIA DEL PACIENTE PEDIATRICO HOSPITALIZADO: El niño se encuentra inmerso en el núcleo familiar y se ve muy influenciado y determinado por el mismo, el abordaje debe ser situacional, puesto que no hay niños enfermos sino familias enfermas, en donde cada uno de los integrantes aporta un ingrediente a la situación de enfermedad.

Según Lizasoáin (2003) refiere que los niños hospitalizados no solo deben enfrentarse al temor o al dolor de los procedimientos médicos sino también a todo lo que lleva consigo el fenómeno de la hospitalización y la ausencia de una vida normal. Es por eso que la mayoría de los investigadores muestran que las alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo son frecuentes entre los pacientes pediátricos y coinciden en la afirmación de la hospitalización infantil como una experiencia estresante. Indica que la situación en la que atraviesa un niño hospitalizado está cargada de factores negativos de todo tipo. También influyen los que derivan de la misma situación de hospitalización, que conlleva la ruptura con los ambientes y círculos que rodean al niño: el familiar, el escolar y el social.

2.3.-CUIDADO DE ENFERMERIA AL NIÑO EN SITUACION DE EMERGENCIA:

2.3.1.- ATENCION DE ENFERMERIA: La atención de la enfermera pediátrica está basada en el bienestar del niño y su familia, por tal motivo debe de planificar su atención en base a la familia y utilizando el proceso de atención de enfermería adecuado para la satisfacción de las necesidades emocionales del niño. Las enfermeras deben estar muy conscientes del impacto que ocasiona la hospitalización del niño enfermo y como esto repercute en la familia y tener presente sus antecedentes culturales, experiencias pasadas y el curso de su desarrollo y la forma

como afecta a la reacción ante la enfermedad el tratamiento y la hospitalización.

La enfermera pediátrica es sumamente importante ya que los diagnósticos y tratamientos que se realicen en esta etapa de la vida de una persona es que se le podrá asegurar en mayor medida una buena calidad de vida en su crecimiento posterior.

2.3.2.- DEFINICION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El termino deriva del verbo cuidar (del Latin coidar).

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

Diers (1981) Escribió que “enfermería es un trabajo sumamente complicado, ya que incluye la posesión de conocimientos técnicos, gran cantidad de conocimientos formales, capacidad de comunicación, complicitad emocional y otras muchas cualidades.”

Según el Consejo Internacional de Enfermeras ha señalado que la responsabilidad fundamental de la enfermera es cuádruple:

- Promover la Salud.
- Evitar enfermedades.
- Restablecer la salud.
- Aliviar el sufrimiento.

El cuidar a través de los tiempos pasó de un comportamiento de apenas sobrevivir a acciones más racionales y sofisticadas, y hoy es considerada como:

- Una forma de ser (Heidegger , 1962)
- Una forma de relacionarse (Roach, 1993)

- Un imperativo moral (Watson, 1988)
- La esencia de ser de la enfermería (Leinniger, 1991)

2.3.2.- FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL NIÑO HOSPITALIZADO:

La reacción natural del niño ante la hospitalización es primero de protesta, después de duda y finalmente de indiferencia. Pero estas etapas no son iguales en todos los niños. Para facilitar la adaptación del niño al ambiente hospitalizado hay que hacerle comprender cuatro cosas:

- Que continuara siendo querido (la carencia de cariño origina Temor).
- La enfermedad y la estancia en el hospital no significan ningún tipo de castigo. Muchas veces el niño lo interpreta como tal, en expiación de sus culpas, y esto dificulta la adaptación y engendra nuevos temores.
- Debe explicarse al niño que después se sentirá mejor.
- Hay que asegurar al niño que regresara a su casa una vez curado.

El lactante: es el que posiblemente ofrece menos problemas, ya que normalmente como y duerme. Pero no hay que olvidar que el contacto físico es esencial para evitar la carencia afectiva. No basta con darle de comer, cambiarle los pañales y colocarle en su cuna, debe hablársele, tocarlo, cogerlo, jugar con el darle cariño para estimular sus respuestas. No olvidarse de la necesidad de su madre, procurar el contacto y retomar su función de madre en cuantas ocasiones sea posible: alimentación del niño, etc.

El niño Preescolar: ofrece más dificultades, ya que presenta una gran variedad en sus maneras de comportarse, de hablar y de reaccionar. Esto depende muy directamente del ambiente familiar y del condicionamiento socioeconómico en que se ha desarrollado. También depende de su situación en la familia y de su grado de desarrollo. La enfermera deberá esforzarse en comprender a cada niño en forma particular. Resulta

fundamental hablar con los padres para conocer el vocabulario especial del niño, sus hábitos, si sabe comer, si pide sus necesidades, etc.

El niño escolar: presenta grados variables de comprensión, pero generalmente acepta fácilmente las explicaciones que se le da. Es a menudo cooperador y da la impresión de ser fuerte y estar seguro de sí mismo. Pero debajo de esta actitud se esconde el temor a lo desconocido, por lo que esta apariencia no debe engañar a la enfermera. Debe preguntar al niño por sus temores y por sus inquietudes. El mantenimiento de la disciplina presenta problemas agravados por el ocio a que está sometido el niño en el hospital. Por ello resulta útil buscarle una ocupación y entretenerle en sus juegos. El niño mayor desea conocer los progresos de su enfermedad, por lo que necesita explicaciones. Debe evitarse, igualmente, hablar o discutir en su presencia acerca de él o de otros niños ingresados.

2.3.4.- TEORIA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA SEGÚN WATSON:

Watson define el cuidado de Enfermería, como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermera elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

Según la teoría del cuidado Humano de Watson:

Sostiene que ante la deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, es necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal. Es por eso que a través de su pensamiento elabora su teoría llamada "Del cuidado Humano" y se basa en lo siguiente:

- El cuidado solo se puede manifestar de manera eficaz y solo se puede practicar de manera interpersonal.
- El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no solo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
- Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
- El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

2.3.5.- CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA:

Poblete (2007) refiere que el cuidado es la esencia de Enfermería, los cuales deben estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

Según Mayeroff (2001) el cuidado humanizado sirve de marco referencial al rescate de la relación enfermera paciente basada en el respeto a la dignidad de la persona como condición fundamental de la Bioética. muestra que al mismo tiempo que formamos las características del cuidado del alma tradicional, podríamos ayudar a comprender e integrar nuestras vidas más afectivamente, los valores morales están inmersos en el proceso de cuidar y de crecer. Cuando cuidamos del

prójimo, crecemos por ser más autodeterminantes y por seleccionar nuestros valores e ideales.

El cuidado humanizado para Guilligan (1982). Consiste en la acción de promover “el crecimiento y la salud”. Facilitando el bienestar, la dignidad, el respeto, la preservación y extensión de las potencialidades humanas dentro de las limitaciones y circunstancias de enfermedad.

Las enfermeras deben considerar que tratar humanamente al enfermo es considerarlo como una persona que sufre en su cuerpo y en su espíritu por lo tanto ha de ser entendido en su totalidad. El cuidado humanizado es como el amor, no se puede definir pero se siente.

2.3 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Percepción del Familiar - Es la opinión que refiere tener el familiar del paciente pediátrico acerca del cuidado humanizado que brinda la enfermera en las dimensiones, técnica, interpersonal y confort, que realiza la enfermera del servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

Familiar del Paciente Pediátrico- Son los padres, responsables del cuidado del niño enfermo y quien permanece junto a él durante su atención en el servicio de Emergencia. Tomando de referencia a un solo familiar del niño atendido.

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

2.4. HIPÓTESIS GENERAL.

H1: Los familiares de los niños atendidos en el servicio de emergencia tienen una percepción buena respecto del cuidado humanizado que brinda la enfermera.

2.5. IDENTIFICACION DE VARIABLES

Estudio univariable: Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado en la atención que brinda la Enfermera.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

La variable de estudio se ha categorizado en tres dimensiones: dimensión técnico científica, dimensión interpersonal y dimensión confort cada uno con cuatro indicadores, siendo la escala ordinal expresada en valor fina de mala regular y buena. (Ver anexo 1)

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio es de nivel aplicativo. El método utilizado fue el descriptivo, que describe la situación obtenida de la variable investigada, y de corte transversal porque el estudio se realizó en un tiempo y espacio determinado.

3.2 LUGAR DE ESTUDIO.

El estudio se desarrollara en el servicio de Emergencia del Instituto Nacional del Niño San Borja, ubicado en Av. Agustín La Rosa Toro # 1399. Urbanización Jacaranda II. San Borja Lima-Perú. El cual es un Instituto Especializado de atención de Cirugías de Alta complejidad a niños referidos a nivel nacional consta con cinco servicios los cuales son: Cirugías Neonatales y Pediátricas, Cirugías Cardiovasculares, Cirugías en niños Quemados, Cirugías Neuroquirurgicas, y Niños para Trasplantes y patologías Hematopoyéticos. El servicio de Emergencia recepciona a estos niños con patologías de alta complejidad consta con 7 camas debidamente equipadas para la recepción de estos niños.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

A nivel de emergencia del Instituto Nacional del Niño San Borja, se atienden sesenta niños mensuales con patologías de alta complejidad, según registro estadístico.

3.4 Unidad de análisis: Son los familiares de los niños atendidos en el servicio de emergencia del INSN-SB.

3.5 Muestra y Muestreo.

La muestra está conformada por sesenta familiares de los niños que han sido atendidos en el servicio de Emergencia, del Instituto nacional del Niño San Borja, de Julio 2014 a Enero 2015.

El tipo de muestreo es no probabilístico intencional, y la selección de la muestra se hará de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.1. Criterios de inclusión.

- Un familiar responsable del paciente pediátrico, que sea atendido con prioridad 1 y 2 en el servicio de emergencia del INSN- SB.
- Familiar que ha firmado el consentimiento informado. Aceptación voluntaria para la investigación.
- Familiar que sepa leer y escribir.

3.6.2. Criterios de exclusión.

- Familiar que permanece menos de tres días al lado del paciente.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El instrumento es una escala modificada tipo Lickert que tiene como objetivo medir la percepción que tiene el familiar sobre la atención que brinda la enfermera anexo A .La técnica para recolectar los datos fue la entrevista directa al familiar del niño atendido en el servicio de emergencia, del Instituto Nacional del Niño San Borja.

3.7.1. Validez y confiabilidad del instrumento.

La validez del instrumento se obtuvo por acuerdo de jueces expertos en el tema. Su construcción se realizó con el apoyo de cinco profesionales del área de salud entre enfermeras docentes, asistenciales y administrativos y una asistencia social. Con la opinión de los expertos y de los resultados de la muestra piloto, se construyó el cuestionario final. (Ver anexo 4)

3.7.2. Procedimiento de recolección de datos.

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos en el Instituto Nacional del Niño San Borja, a fin de obtener las facilidades pertinentes para la recolección de datos; luego de su aprobación se realizaron las coordinaciones con el servicio de emergencia con el fin de iniciar la utilización del instrumento preparado; para el estudio se recogieron los datos los martes y viernes en la tarde.

Los datos fueron recolectados mediante la técnica de entrevista aplicando como instrumento el cuestionario validado, tomando previamente el consentimiento informado del familiar, registrando la firma en el formato del consentimiento informado (Anexo 3).

Se recolectaron los datos de lunes a viernes en horarios indistintos, según disponibilidad del familiar del niño que es atendido en emergencia y tiene indicación de hospitalización.

3.8 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Los datos recolectados fueron vaciados a la Hoja Matriz de Datos para su procesamiento estadístico con el programa de Excel, previamente se elaboró una tabla matriz de codificación asignando el valor de 0 (cero) si la respuesta es mala o sea que no es la respuesta correcta, 1 (uno) si la respuesta era regular es decir si contestaba a veces y 2 (dos) cuando la respuesta buena, en el caso que contestaran sí. Seguidamente se trabajaron las tablas y los gráficos estadísticos en frecuencia y forma porcentual.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización del presente trabajo se realizaron las coordinaciones respectivas con la dirección de investigación del INSNSB y en coordinación con la jefa del servicio de emergencia para la aplicación del

instrumento, previo consentimiento informado. (Anexo B) Se cautela la aplicación de la encuesta, a todos los familiares encuestados se les explicó las razones y motivos del estudio, a la vez que se les garantizará la confidencialidad de los datos obtenidos a través de la encuesta.

CAPITULO IV

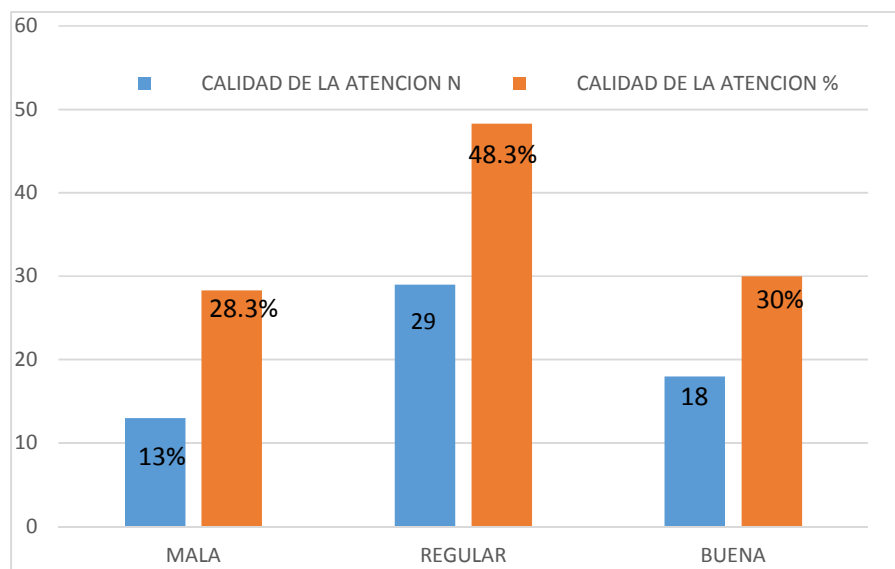
RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

En el presente trabajo los resultados se encuentran en los cuadros estadísticos, primero en forma global y según las dimensiones de la variable; dimensión técnica, dimensión interpersonal y dimensión confort.

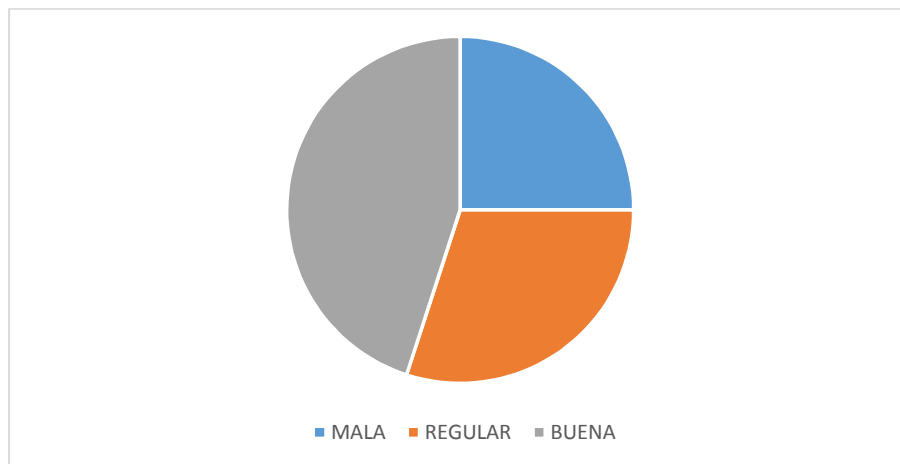
De las características sociodemográficos la población en general (el familiar del paciente pediátrico) se caracteriza porque mayormente es joven, la responsabilidad familiar recae mayormente en la madre, el grado de educación es en su mayoría primaria y en cuanto a estado civil mayormente los padres son convivientes o madres solteras.

Gráfico N°1: Percepción global de los familiares sobre el Cuidado Humanizado que brinda la enfermera al paciente atendido en emergencia del INSN- San Borja. 2014



Los resultados de la percepción de los familiares de niños hospitalizados en emergencia, acerca del cuidado humanizado, en forma global es: del 100% (60 familiares) de la muestra, en 48.3% (29) familiares fue regular, en 30%(18) familiares fue buena y en 28.3% (13) familiares fue mala. Gráfico N° 1 y Tabla N°1 (anexo 5)

Gráfico N°2: Percepción de los Familiares sobre la Dimensión Técnica del cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente atendido en emergencia del INSN- San Borja. 2014



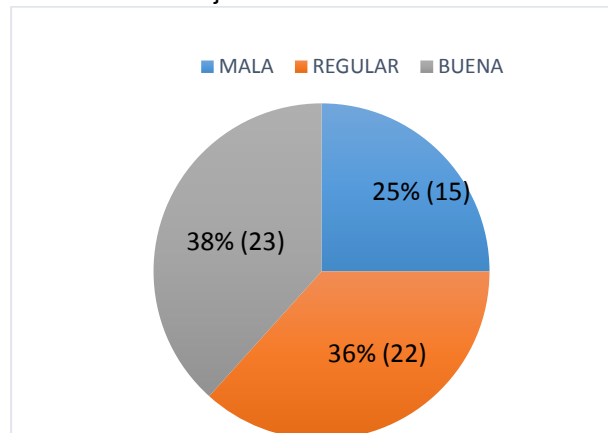
30% (18)

En la dimensión técnica, se halló que la percepción de los familiares de niños hospitalizados en emergencia, acerca del cuidado humanizado del enfermero fue buena en el 45% (27), mala en 30% (15) y regular en 25% (18). Siendo que la categorización como mala y regular, radica principalmente en que la enfermera no comunica al familiar los procedimientos que realiza con el niño, ni se preocupa porque alguien le explique sobre la importancia y complicaciones del tratamiento que recibe el niño durante su instancia.

En la **dimensión de confort**, se halló que la percepción de los familiares de niños hospitalizados en emergencia, acerca del cuidado humanizado del enfermero fue buena en el 38% (23), regular en 36% (22) y mala en 25% (15). Siendo que el indicador más fuerte para ser catalogado como

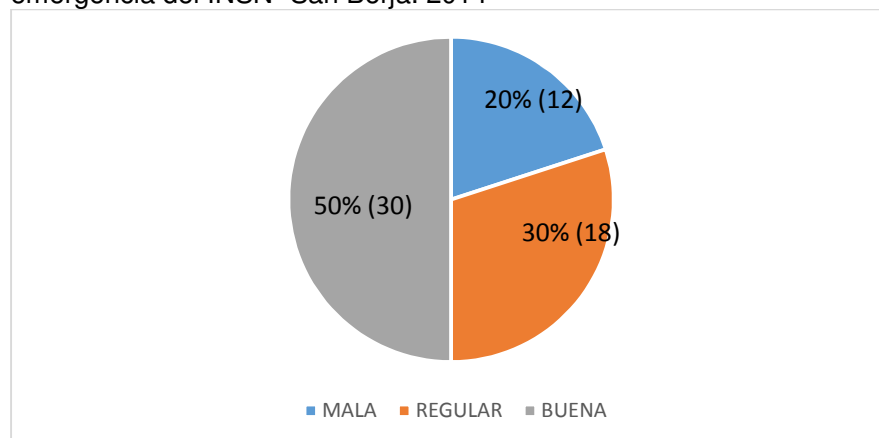
regular o malo es que la enfermera no cuida la individualidad del niño, por falta de separadores de ambiente.

Gráfico N°3: Percepción de los Familiares sobre la Dimensión Confort en el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente atendido en emergencia del INSN- San Borja. 2014



En la **dimensión interpersonal**, se halló que la percepción de los familiares de niños hospitalizados en emergencia, acerca del cuidado humanizado del enfermero fue buena en el 50% (30), regular en el 30% (18) y mala en el 20% (12). Siendo que el indicador más fuerte para catalogarlo como regular y malo es que no saluda al familiar al ingresar, y no se preocupa porque el familiar tenga mínimas condiciones para descansar al lado del niño.

Gráfico N°4: Percepción de los Familiares sobre la Dimensión Interpersonal en el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente atendido en emergencia del INSN- San Borja. 2014



4.2. DISCUSIÓN

Las características de la población, dan cuenta que se trata una población joven con un nivel socioeconómico desfavorable, siendo estos factores que van a influenciar en alguna medida en la percepción de la calidad de atención de la enfermera por parte de los familiares.

En cuanto a la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia, se observa que los familiares tienen una percepción regular acerca de la calidad de atención. Lo que muestra que el familiar muestra un poco de desconfianza en la atención que brinda la enfermera, siendo afectada las tres áreas, la dimensión técnica, interpersonal y confort. Si bien es cierto la percepción de los familiares es producto de lo que observan y viven, a su vez los enfermeros también experimentan percepciones respecto del cuidado que brindan; en la investigación realizada por Merighi (2011) se da cuenta que los enfermeros perciben la necesidad de los padre, tienen expectativas positivas en relación al cuidado realizado y reconocen ser el eslabón entre el familiar y el hijo internado; en la presente investigación los enfermeros no están realizando esa interconexión, lo cual podría deberse a la demanda del servicio, saturación de actividades que dedica al niño y a las actividades del servicio, lo cual los lleva a olvidar la presencia de los familiares.

En la **dimensión técnica**, la enfermera se organiza al realizar los procedimientos y le dedica tiempo necesario para la atender al niño. Así mismo en la dimensión interpersonal se puede observar que hay una deficiente comunicación con el familiar, le falta muestra de afecto hacia el familiar.

En la **dimensión Confort**, la enfermera se preocupa por la alimentación, el descanso, la privacidad del niño pero los ambientes no ayudan a cumplir en su totalidad estos objetivos, ya que existe un ambiente de malestar e incomodidad para los familiares que están presentes las 24

horas junto a la cama/ cuna de su niño, en una silla no muy cómoda y observan que no hay respeto a la individualidad y privacidad de los pacientes y familiares acompañantes.

En la **dimensión interpersonal**, según HERNANDEZ (2002), la percepción del familiar acompañante con relación a los servicios que presta el personal de enfermería es considerada como una actividad guiada por ciertas expectativas que puede ser modificada por la información que se obtiene como consecuencia de la actividad, la cual refleja en gran medida el grado de satisfacción que el familiar acompañante además del paciente puede tener de la atención recibida; los hallazgos de la presente investigación dan cuenta que el profesional olvida el respeto a través del saludo y de pensar en el familiar como parte del cuidado que debe brindar, olvidando que la percepción depende de la calidad de los servicios otorgados y que son percibidos por el familiar. A su vez POBLETE (2007) refiere que el cuidado es la esencia de enfermería, los cuales deben estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia; ayudando a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación. Lo cual implicaría que en este caso, al no estar adecuadamente satisfecho el familiar, no podría atender ni ayudar adecuadamente a su familiar enfermo, retrasando el periodo de adaptación al ambiente hospitalario y la recuperación del mismo. A su vez, MAYEROF (2001) menciona que el cuidado humanizado sirve de marco referencial al rescate de la relación enfermera paciente basada en el respeto a la dignidad de la persona, como condición fundamental de la bioética; situación que no se cumple en la actual investigación ya que la dignidad de la persona no radica solamente en cómo se siente moral o emocionalmente, sino también física y socialmente, en cómo se siente tratado.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Los familiares de los niños atendidos en emergencia tienen una percepción regular, respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera. Lo cual permite mencionar que la hipótesis de la investigación ha sido rechazada.
2. Los familiares de los niños atendidos en emergencia tienen una percepción buena, existiendo un grupo considerable que la considera mala, respecto a la dimensión técnica del cuidado humanizado que brinda la enfermera.
3. Los familiares de los niños atendidos en emergencia tienen una percepción buena con tendencia a regular, respecto a la dimensión confort del cuidado humanizado que brinda la enfermera.
4. Los familiares de los niños atendidos en emergencia tienen una percepción buena con tendencia a regular, respecto a la dimensión interpersonal del cuidado humanizado que brinda la enfermera.

5.2. RECOMENDACIONES

Socializar el presente trabajo en el servicio de enfermería y que sea un estímulo para actualizarse y capacitar continuamente al personal de enfermería en relación a las dimensiones que se deben de tener en cuenta en la atención del paciente y el familiar.

Que sirva de iniciativa para la elaboración de guías de recepción del familiar del paciente pediátrico, esto permitirá la información oportuna y el apoyo constante del familiar en el cuidado de su niño.

Realizar estudios similares con el enfoque cualitativo para poder profundizar más el tema y dar soluciones, y así mejorar la calidad de atención de la enfermera y de todo el personal de salud.

5.3. LIMITACIONES

Los resultados de la presente investigación solo son validad para la población de estudio, pudiendo extrapolarse a otros grupos poblacionales con características similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Allport y Sheldon. (2010) El concepto de personalidad: Disponible en URL: <http://www.apsique.com/wiki/EnsayosPersonalidad>,(Citado 25 de setiembre del 2013).

Xavier de Souza, Luiza Jane Eyre y colab.La estructura familiar de niños accidentados. Brazil. 1998

Merighi MAB, Jesus MCP, Santin KR, Oliveira DM. Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dic. 2011

Torres Claudia y otros. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncologicos hospitalizados, Colombia. 2011

Mera Cárdenas, Catherine del Rosario. El cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería de la UNMSM, 2007

Marky Bazán, Giuliana Andrea. Satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con infección respiratoria aguda en el hospital nacional dos de mayo diciembre 2012

Linfor, Rees W. Psiquiatría, Buenos Aries: Ed. El Ateneo S.A. 1980. P. 68

Kolb, Lawrence C. Psiquiatría Clínica. 10a. ed. México: Ed. InteramericanaS.A.19853.

Céspedes Quirós, Yehudi. Validación de un instrumento para medir la percepción de la calidad de los servicios farmacéuticos del Sistema Público de Salud de Costa Rica. 2011

Aquipa Mendoza A. Calidad de Atención de Enfermería según opinión de los pacientes sometidos a Quimioterapia (UTM)del INEN. (Tesis para optar el título) UNMSM. Lima; 2003

Timana Yenque. L. Percepción de la Calidad de Atención por el usuarioexterno del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. (tesis para optar el título) UNMSM.Lima; 2002

Bautista R L. Percepción de la Calidad del Cuidado de enfermería en la ESE.Francisco de Paula. Santander. Rev. (recalyc) Aquichan. Colomb. abril 2008; 8(1): 74-84

Anónimo. (2010). Revista de enfermería cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country Bogotá Colombia. Citado (el 21 Agosto 2013). Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/TrabajosLibres1.htm> (Citado 12 de Agosto del 2010).

Anónimo (2011) Psicología. Temperamento. Teorías: psicodinámicas. Freud: Pulsiones. Erikson. Teorías de rasgo y tipo. Conductismo y cognitivismo. Humanismo. Citado (el 21 Agosto 2013). Disponible en URL: html.rincondelvago.com/teorias-sobre-la-personalidad.html

Bolaños Rosa. Y Martínez María (2006), titulado "Percepción del Cuidado Humanizado de enfermería en los pacientes post Angioplastica en el centro Imbanaco" Tesis para optar el grado de licenciatura en enfermería en la Universidad Nacional de Bogotá-Colombia.

Cervantes Miguel (2003) Biblioteca Virtual Hacia un nuevo humanismo : programa de una antropología . Disponible en URL: <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/>.htm, Citado el (18 Setiembre 2013).

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra Suiza; 2000; P.33

Rodríguez Lilia. Cuidado Humano Ética, Bioética. Ética médica. Ética en Enfermería, Rev. Electro.de portales médicos. com. Publicado: 23/09/200815.

Humet Carlos S. Rev. de Calidad Asistencial suplemento 2001; 16 (1): 29

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado de Enfermería al paciente pediátrico.	Es el proceso físico y psicológico basado en la experiencia de hechos o fenómenos que sucede alrededor del individuo permitiéndole emitir juicio o respuestas de identificación y valoración de acuerdo con la percepción subjetiva del individuo sobre la calidad de atención.	Juicio que el familiar del paciente pediátrico sobre la cuidado humanizado de la atención que brinda la enfermera en las dimensiones: interpersonales, técnico, científico y de confort en el servicio de emergencia del INSN-SB. Y será medida a través de una escala de Likert modificada como favorable medianamente favorable o desfavorable.	Técnico Científica.	.Habilidad. .Conocimiento. .Tiempo. .Seguridad.	O R D I N A L	<ul style="list-style-type: none"> • Mala • Regular • Buena
			Interpersonal	.Brinda información oportuna. .Comunicación efectiva. .Empatía Confianza. .Respeto.		
			Confort	.Limpieza y orden de los ambientes. .La alimentación. .Privacidad. .Descanso.		

ANEXO 2

PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL NIÑO ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ACERCA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA LA ENFERMERA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO SAN BORJA.

Introducción

Buenos Días:

Mi nombre es Mirian Yohanna Sedano Ramos soy estudiante de la especialidad de enfermería pediátrica de la UNMSM. Que en coordinación con la jefa del servicio de emergencia estoy realizando un estudio de investigación, que tiene como objeto identificar la percepción de los familiares sobre la atención de la enfermera, por lo cual, solicito a usted su colaboración para contestar a las preguntas que a continuación se le va realizar, es de carácter anónimo y de antemano se le agradece su colaboración, por favor firme su consentimiento informado.

Se le va leer varias preguntas y Ud. Contestará solo por una de las respuestas que cree conveniente: SI, A VECES o NO

Contenido

A. Datos generales del Familiar del Paciente:

Edad: 18 -30 ()	parentesco: Padre ()	G. de INSTR: primaria ()
31- 40 ()	Madre ()	Secundaria ()
41- 50 ()	Abuelo ()	Superior ()
Estado Civil:	Condición Laboral:	
Casada ()	Trabajo C/seguro ()	
Soltera ()	Independiente ()	
Conviviente ()	Su casa ()	

N° Ítem	Técnico	SI	A VECES	NO
---------	---------	----	---------	----

1	La enfermera le explica en que consiste el procedimiento al que será sometido su niño			
2	La enfermera le explica la posible complicación del tratamiento que recibe el niño.			
3	La enfermera soluciona los problemas que se presentan en el niño.			
4	La enfermera se organiza y realiza con rapidez los procedimientos al niño.			
5	La enfermera le atiende rápidamente cuando su niño presenta dolor u otras molestias.			
6	La enfermera le dedica el tiempo necesario para atender a su niño.			
7	Cuando tiene una necesidad de cuidado de su niño acude a la enfermera, y ella siempre lo atiende oportunamente.			
8	La enfermera muestra lentitud cuando atiende a su niño.			
9	La enfermera informa oportunamente los procedimientos y tratamientos que se le va a realizar a su niño.			
10	La enfermera emplea palabras difíciles de entender cuándo va a explicarle sobre la enfermedad de su niño.			
11	La enfermera le permite expresar libremente sus temores y preocupaciones.			
12	Las enfermeras preguntan y observan las necesidades que su niño tiene en forma regular.			
13	La enfermera es indiferente al procedimiento al que será sometido su niño.			
14	La enfermera le llama a su niño por su nombre al atenderlo.			
15	La enfermera al inicio del turno, le saluda cuando ingresa al ambiente de su niño.			
16	La enfermera muestra indiferencia al dirigirse a Ud.			
17	La enfermera se dirige a Ud. Con amabilidad.			
18	La enfermera atiende al niño con empatía			
19	La enfermera muestra preocupación por la privacidad de su niño.			
20	Cuando hay mucho ruido en el ambiente la enfermera se preocupa por disminuir el ruido y facilitar el descanso del niño.			
21	La enfermera muestra preocupación para que su niño descanse.			
22	La enfermera muestra preocupación por la alimentación de su niño.			
23	La enfermera se preocupa que el ambiente donde está su niño, se encuentre limpio y ordenado.			
24	Durante su estancia en el hospital se siente tranquilo por la atención que le brinda la enfermera a su niño.			

**PERCEPCION DEL FAMILIAR DEL NIÑO ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
ACERCA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA LA ENFERMERA EN
EL INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO SAN BORJA**

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., en pleno uso de mis facultades mentales

Declaro estar de acuerdo con mi participación en la investigación “Percepción del familiar del niño atendido en el servicio de emergencia acerca de la calidad del cuidado humanizado que brinda la enfermera en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.” Realizada por la Lic. Mirian Yohanna Sedano Ramos estudiante de la especialidad de pediatría de la UNMSM. En el cual los datos que brinden en la encuesta serán anónimos y toda la información será usada solo para la investigación.

Firma de la paciente

Firma del investigado

ANEXO N°4

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO POR JUECES DE EXPERTOS CON LAPRUEBA
BINOMIAL**

		SI	NO
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?		
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?		
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento?		
4	¿El instrumento responde a la operacionalización de las variables?		
5	¿La estructura que presenta el instrumento es de forma clara y precisa?		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?		
7	¿El número de ítem es el adecuado?		
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?		
9	¿Se debe incrementar el número de ítems?		
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?		

	1	2	3	4	5	X	P
1	1	1	1	1	1	5	0.03
2	1	1	1	1	1	5	0.03
3	1	1	1	1	1	5	0.03
4	0	1	1	1	1	4	0.16
5	1	1	0	0	1	3	0.31
6	1	1	1	1	0	4	0.16
7	0	1	1	1	0	3	0.31
8	1	1	1	0	1	4	0.16
9	1	1	1	0	1	4	0.16
10	1	1	0	0	0	2	0.5

1.85

X = 1 = NO HAY OBSERVACION.

X = 0 = SI HAY OBSERVACION.

$$P = \frac{\sum P}{10} = \frac{1.85}{10} = 0.185$$

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO POR ALFA DE COMBRACH

TEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V
1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0.27
2	1	0	2	2	1	2	0	0	2	1	0.77
3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	0.18
4	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0.32
5	1	0	1	1	2	2	2	2	2	2	0.5
6	0	2	0	0	0	2	1	1	1	0	0.68
7	0	0	2	1	1	1	0	0	1	1	0.46
8	1	1	0	1	2	1	2	0	0	1	0.54
9	2	0	2	2	2	2	1	2	2	0	0.72
10	0	0	2	2	0	1	2	0	0	1	0.84
11	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0.93
12	1	0	2	2	1	1	2	2	2	1	0.49
13	1	2	1	2	0	1	1	0	1	0	0.54
14	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0.27
15	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0.23
16	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0.49
17	0	0	1	2	0	1	0	0	1	2	0.68
18	2	2	0	2	0	2	0	2	2	0	1.07
19	1	1	1	2	0	2	1	2	2	2	0.49
20	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0.1
21	0	0	0	1	2	2	1	1	0	0	0.68
22	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0.5
23	0	2	1	2	2	2	1	2	2	1	0.5
24	0	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0.93
	16	17	25	38	25	33	21	23	27	19	8.74

Como el promedio de las probabilidades es menor de 0.60 entonces se concluye que el instrumento es válido por juicio de expertos.

ANEXO 5

TABLAS DE DATOS

TABLA N° 1: PERCEPCION DEL FAMILIAR SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSNSB 2014. LIMA – PERU

CALIDAD DE LA ATENCION		
PERCEPCION TOTAL	N	%
MALA	13	28.3
REGULAR	29	48.3
BUENA	18	30
TOTAL	60	100%

TABLA N° 2: PERCEPCION DEL FAMILIAR SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE BRINDA LA ENFERMERA EN LA DIMENSION TECNICA AL PACIENTE PEDIATRICO ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN-SB JULIO- DICIEMBRE 2014- LIMA- PERU

DIMENSION TECNICA		
PERCEPCION TOTAL	N	%
MALA	15	30%
REGULAR	18	25%
BUENA	27	45%
TOTAL	60	100%

TABLA N°3: PERCEPCION DEL FAMILIAR SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE BRINDA LA ENFERMERA EN LA DIMENSION CONFORT AL PACIENTE PEDIATRICO ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN-SB JULIO- DICIEMBRE 2014- LIMA- PERU

DIMENSION CONFORT		
DIMENSION CONFORT TOTAL	N	%
MALA	15	25%
REGULAR	22	36%
BUENA	23	38%
TOTAL	60	100%

TABLA N°4: PERCEPCION DEL FAMILIAR SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE BRINDA LA ENFERMERA EN LA DIMENSION INTERPERSONAL AL PACIENTE PEDIATRICO ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSN-SB JULIO- DICIEMBRE 2014 - LIMA- PERU

DIMENSION INTERPERSONAL		
DIMENSION INTERPERSONAL	N	%
MALA	12	20%
REGULAR	18	30%
BUENA	30	50%
TOTAL	60	100%