

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE EL CUIDADO
HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE GINECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL
NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO – 2016.**

TESIS

PRESENTADA POR:

MERRILIN BEATRIZ CALSIN CHURATA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**FACULTAD DE ENFERMERÍA****ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE EL CUIDADO
HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO –
2016.

TESIS PRESENTADA POR:

MERRILIN BEATRIZ CALSIN CHURATA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA APROBADO
POR EL JURADO FIRMANTE CONFORMADO POR:

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 19 – ene - 2017

PRESIDENTE DE JURADO
Dra. Sc. NELLY MARTHA ROCHA ZAPANA**PRIMER JURADO**
Dra. FRIDA JUDITH MÁLAGA YANQUI**SEGUNDO JURADO**
Mg. NURY GLORIA RAMOS CALISAYA**TERCER JURADO**
Dra. FELICITAS RAMOS QUISPE

PUNO - PERÚ

2017

Línea : Gerencia y gestión en salud

Área : De administración

Tema : Evaluación y control de calidad

DEDICATORIA

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y ser mi guía en los momentos más difíciles.

A mis padres

Especialmente a mi querida madre Silvia quien siempre está conmigo brindándome su apoyo incondicional, amor infinito y confianza plena.

A mis familiares

Abuelos, tíos y primos por brindarme su cariño, apoyo y por darme ánimos para seguir adelante a pesar de las adversidades.

A mis amigos

Diana por ser más que una amiga una hermana, por acompañarme y apoyarme cuando más lo necesito, y a Yorddy por ser mi compañero incondicional y darme la fuerza para seguir adelante.

Merrilín Beatriz

AGRADECIMIENTO

- A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, por darme la oportunidad de forjarme profesionalmente.
- A la Facultad de Enfermería, por brindarme los conocimientos teóricos y prácticos para desempeñarme como futuro profesional de Enfermería.
- A los miembros del jurado calificador: Dra. Sc. Nelly Martha Rocha Zapana, Dra. Frida Judith Málaga Yanqui y Mg. Nury Gloria Ramos Calisaya por sus sugerencias y aportes que me brindaron para culminar el presente trabajo de investigación.
- A la M. Sc. Denices Soledad Abarca Fernández por sus constantes orientaciones y apoyo moral en la formulación del proyecto de investigación, y a la Dra. Felicitas Ramos Quispe por sus acertadas orientaciones y aportes los cuales fueron especiales para culminar el presente trabajo de investigación.
- A la jefa de enfermeras del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno y al jefe del Departamento de Gineco – Obstetricia quienes me brindaron las facilidades para ejecutar el presente trabajo de investigación sin ningún inconveniente.
- A las usuarias del servicio Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno, por sus valiosa colaboración.
- A todas aquellas personas que me apoyaron y ayudaron con sus importantes sugerencias en el desarrollo del estudio.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS ACRÓNIMOS

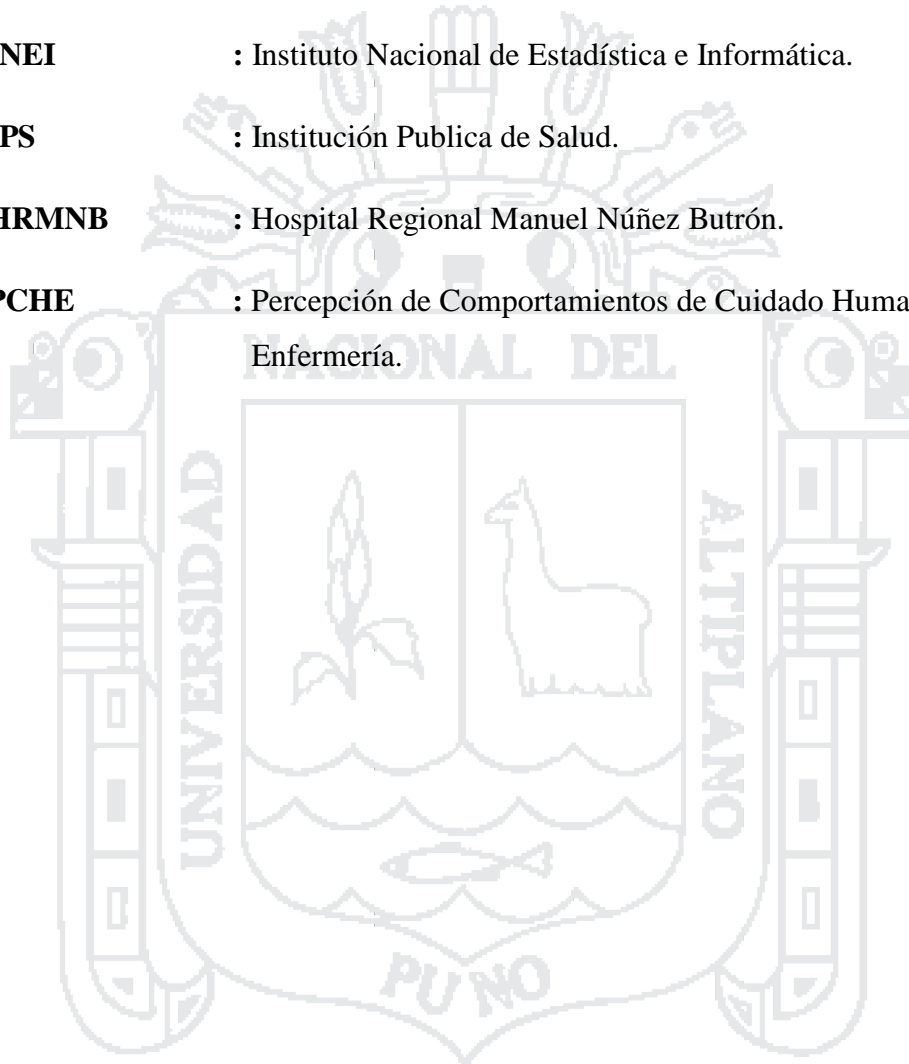
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO	17
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN	19
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	20
2.1. MARCO TEÓRICO.....	20
2.2. MARCO CONCEPTUAL	40
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	42
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	42
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	49
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	51
4.1. RESULTADOS	51
4.2. DISCUSIÓN	60
V. CONCLUSIONES.....	69
VI. RECOMENDACIONES.....	70
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS.....	75

ÍNDICE TABLAS

TABLA 1: Percepción de las usuarias sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, 2016.	51
TABLA 2: Percepción de las usuarias según las cualidades del hacer de enfermería en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, 2016.	52
TABLA 3: Percepción de las usuarias según apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, 2016.	53
TABLA 4: Percepción de las usuarias según la disposición para la atención en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, 2016.	54
TABLA 5: Edad de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, 2016.	55
TABLA 6: Estado civil de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno, 2016.	56
TABLA 7: Grado instrucción de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, 2016.	57
TABLA 8: Lugar de procedencia de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, 2016.	58
TABLA 9: Causa de hospitalización de las usuarias del Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, 2016.	59

ACRÓNIMOS

- ASPEFEEN** : Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería.
- DIRESA** : Dirección Regional de Salud.
- HBV** : Hospital Base Valdivia.
- INEI** : Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- IPS** : Institución Pública de Salud.
- HRMNB** : Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.
- PCHE** : Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería.



RESUMEN

La humanización es un componente elemental en la entrega de cuidados por parte del profesional de enfermería y es una de las bases de la “Teoría del Cuidado Humano” de Jean Watson. En este contexto, el presente trabajo de investigación está orientado a determinar la percepción del usuario hospitalizado frente al cuidado humano que brinda el profesional de Enfermería en el servicio de Gineco - obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno. La investigación es cuantitativa, de tipo descriptiva y de diseño transversal. Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista y como instrumento la encuesta “Percepción de cuidados humanos de enfermería” (PCHE). Con respecto a la población, se tomó como referencia a 831 usuarias dadas de alta en el primer trimestre del 2016 del servicio de Gineco - obstetricia del Hospital Regional “MNB” - Puno, y la muestra estuvo constituida por 202 usuarios de los cuales 195 pertenecían a la especialidad de Obstetricia y 7 a Ginecología. Se utilizó el tratamiento estadístico descriptivo haciendo uso de frecuencias y porcentajes, llegando a los siguientes resultados: el 96.0% de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia perciben como deficiente el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería; y el 3.9% lo percibe como regular; y con respecto a la dimensiones, el 71.3% de las usuarias perciben las cualidades del hacer de enfermería como deficiente; el 26.7% lo perciben como regular, y solo el 1.9% percibieron dichas cualidades como bueno; el 77.7% de las usuarias perciben la apertura a la comunicación enfermera (o) -paciente como deficiente; y el 22.3% lo percibe como regular; y el 89.1% de las usuarias perciben la disposición para la atención como deficiente; y el 10.9% lo percibe como regular.

PALABRAS CLAVES: percepción, cuidado humanizado, teoría de Jean Watson, enfermeras.

ABSTRACT

Humanization is an elementary component in the delivery of care by the nursing professional and is one of the bases of the “Theory of Human Care” of Jean Watson. In this context, the present research work aims to describe the perception of the hospitalized user against human care that provides professional nursing in the Service of Obstetrics of the Regional Hospital Manuel Nunez Butrón – Puno. It is a quantitative descriptive type and cross-sectional research. As a data collection technique, the interview was used and as a survey instrument. With regard to the population, it was taken as reference to 831 users who have graduated in the first quarter of 2016 of the “MNB” Regional Hospital Obstetrics service - Puno, sample of random simple probabilistic and was constituted by 202 users of which 195 It is important to note that there is a need for a more detailed description of the frequency and frequency of obstetrics and gynecology. Finally came to the following results: the 96.0% of the obstetrics service users perceived the deficient humanized care provided by nursing professional; And 3.9% perceive it as a regular; And with regard to the dimensions, the 71.3 percent of users perceive the qualities of making nursing as deficient; The 26.7% perceive it as a regular, and only 1.9% perceived such qualities as well; The 77.7 percent of users perceive the opening a communication nurse (or) - patient as deficient; And the 22.3% it perceives as regular; And the 89.1 percent of users perceive the provision for attention as deficient; and 10.9% perceive it as a regular.

KEYWORDS: perception, humanized care, theory of Jean Watson, nurse.

I. INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida ¹

Pero no se puede negar la existencia de la deshumanización en lo que respecta a la atención de salud; como también la indiferencia ante las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes; los términos de deshumanización y despersonalización hacen referencia, sobre todo, al grado de considerar como un “objeto” más al paciente enfermo durante la estancia hospitalaria; ante ello surge la necesidad de determinar la percepción del cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería con la finalidad de contribuir en el cumplimiento las demandas biopsicosociales de los usuarios hospitalizados, favorecer al alcance de las metas sanitarias propuestas a nivel ministerial, y al aumento de la satisfacción usuaria.

El presente estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal y consta de siete capítulos: Primer capítulo, se presenta el problema de investigación, antecedentes de la investigación, formulación del problema, importancia y utilidad del estudio, objetivos de la investigación y caracterización del área de investigación.

Segundo capítulo, muestra la revisión de literatura, marco teórico y conceptual. En el tercer capítulo, se presenta el tipo y diseño de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos.

Cuarto capítulo, muestra los resultados y la discusión. En el quinto capítulo, se presentan las conclusiones. En el sexto capítulo, se encuentran las recomendaciones y finalmente en el séptimo capítulo se muestran las referencias bibliográficas.

1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

En la actualidad la humanización es un componente elemental del cuidado enfermero y es una de las bases de la “Teoría del Cuidado Humano” de Jean Watson, quien sostiene que ante la posible deshumanización de la atención en salud por cambios de estructura, nuevos modelos y tecnologías, es 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.¹

El ejercicio de la profesión tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.²

Así mismo, el propósito de las instituciones que prestan servicios de salud, es brindar una atención óptima fortaleciendo así los estándares de calidad, mediante las herramientas que van desde los recursos físicos y humanos, pasando por procesos de atención no solo asistenciales si no integrales, hasta lograr la adecuada percepción de cuidado de los pacientes. Sin embargo, los usuarios son personas vulnerables que en su mayoría no tienen otras opciones de atención en salud, muchos no conocen sus derechos ni deberes y por lo tanto es fundamental para la profesión encontrar una herramienta que permita identificar las falencias en el cuidado humano para potenciar la calidad de la atención.

La enfermera desarrolla su trabajo y cuidados, en instituciones fundamentadas en el modelo biomédico y curativo que reduce lo humano a una expresión biológica alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado. Pero ésta no es más que una de las causas que provocan una deshumanización en los cuidados enfermeros que se puede ver reflejada en la práctica diaria. La aplicación de las nuevas tecnologías, la búsqueda de la eficiencia, la sobrecarga de trabajo, el síndrome del burn-out

entre otros, son otras de las muchas causas que profundizan la deshumanización de los cuidados enfermeros.³

Así también, en el Hospital EsSalud Huacho se realizó un estudio con el objetivo de determinar el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería donde se determina que existe una baja percepción del cuidado humanizado, lo que evidencia una atención de baja calidad especialmente en los servicios de hospitalización de medicina, obstetricia y cirugía.⁴ De igual manera, en los hospitales de Apoyo Ilave y San Juan de Dios Ayaviri – Puno, realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en los hospitales antes mencionados, donde concluyeron que la percepción de los pacientes es regular y deficiente respectivamente lo que evidencia baja satisfacción de los usuarios con respecto al cuidado recibido.⁵

En el Hospital 2 de Mayo se realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la percepción de los pacientes y la calidad de la interacción según la teoría de Peplau donde concluyeron que, la percepción de mala calidad de cuidado es expresada por los pacientes como “falta de atención” o “trato frío”, es mayor en pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía 42.3% que en el servicio de medicina 37.5%. Entre las causas de insatisfacción los pacientes refieren maltrato personal, falta de información, trato interpersonal, entre otros.⁶

De igual manera, al entrevistar a algunas usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia de los hospitales Manuel Núñez Butrón – Puno y Honorio Delgado Arequipa durante las practicas pre – profesionales e internado clínico, se obtuvo las siguientes opiniones: “la enfermera me riñe para que camine sin importarle que todavía me duele la herida de mi cesárea”, “las enfermeras nos gritan más si nos quejamos de dolor”, “algunas enfermeras no saludan, ni nos preguntan cómo estamos o como nos sentimos”, “las enfermeras son muy renegonas, siempre nos gritan”. Los usuarios consideran que las enfermeras son indiferentes y le hace falta sensibilidad.

Por otro lado solo en el primer trimestre del año 2016 el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno, tuvo a 831

usuarias egresadas siendo la más alta tasa de egresos seguido del servicio de Cirugía con 393 y Medicina con 354 usuarios egresados según los indicadores de hospitalización de la Oficina de Estadística e Informática; lo que nos lleva a que el servicio de Gineco - Obstetricia es el servicios de más alta demanda y de más quejas por las usuarias en trabajo de parto que según su presentación puede ser distócicos o eutócicos, patologías asociadas al embarazo o al puerperio y por usuarias con patologías ginecológicas, dichas usuarias provienen generalmente del área rural, ya que dicho hospital es centro de referencia de las distintas Micro redes del sur de la región de Puno por su capacidad resolutive.

Durante el embarazo, la mujer presenta emociones propias de su estado como: sorpresa, emoción, ansiedad, temor, incertidumbre, entre otras, las cuales se acrecientan al presentarse alguna patología asociada al embarazo donde el miedo y la preocupación se apodera de la paciente; así también durante el parto el estado emocional de la madre puede modificar la evolución del parto facilitándolo o dificultando la colaboración materna con el equipo médico. Según diversos estudios, la tensión, la ansiedad o el miedo podrían tener un efecto perjudicial en las contracciones uterinas, en la capacidad de dilatar y, en consecuencia, en el normal desarrollo del parto. En el puerperio existen cambios en el estado emocional de la madre por el aumento de estrógenos y de progesterona. Así también, la madre se ve sometida a una situación de estrés psicológico ante el cambio de vida que produce el cuidado de su hijo ya que su sueño se altera, el amamantamiento le produce un desgaste fisiológico a su organismo y estos cambios puede crearle ansiedad y síntomas de tristeza, ansiedad e irritabilidad. Ante lo expuesto, se puede apreciar que ya sea durante el embarazo, el parto y el puerperio la mujer experimenta cambios biológicos, emocionales y psicológicos por lo cual requiere una atención humanizada durante su hospitalización expresada con comprensión, paciencia, empatía, responsabilidad y eficiencia tanto como para la paciente como para su entorno familiar.

Por lo antes mencionado, considerando la problemática actual, y teniendo como finalidad conocer como es la atención humanizada que brinda el

profesional de enfermería, contribuir en el cumplimiento las demandas biopsicosociales de los usuarios hospitalizados, favorecer al alcance de las metas sanitarias propuestas a nivel ministerial, y al aumento de la satisfacción usuaria se realizó el presente trabajo de investigación.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Según la revisión de anteriores investigaciones, se puede mencionar algunas de ellas, que tienen relación con la variable de estudio.

➤ En Latinoamérica

En Colombia, realizaron un estudio de tipo descriptivo, con la intención de medir la percepción del paciente hospitalizado en los servicios de medicina interna y cuidados intermedios sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería de la Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena, aplicaron el instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE), donde concluyeron que la mayoría de las personas hospitalizadas en la Clínica Universitaria siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado en el personal de enfermería que labora en la institución; y por categorías se obtuvo los siguientes resultados: el 67,8% siempre percibe las cualidades del hacer de enfermería, el 66,2% siempre percibieron comportamientos de apoyo emocional, el 69,11% siempre percibieron comportamientos de apoyo físico, el 59,6% siempre percibieron comportamientos de pro actividad, el 80,2% siempre percibieron comportamientos de priorizar el cuidado, el 65,6% siempre percibieron la disponibilidad para la atención y el 78,2% de los pacientes encuestados siempre percibieron sentimientos positivos entre la relación enfermero paciente.⁷

En Bogotá, efectuaron un estudio de tipo descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo, con la finalidad de describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de Gineco – Obstetricia de una institución II y III de nivel de atención. La muestra estuvo constituida por 30 pacientes enfocados en el Teorema del Limite Central, como instrumento de recolección de datos se utilizó “Percepción de comportamientos de

cuidado humanizado de enfermería” PCHE Donde obtuvieron los siguientes resultados: el 73% de las mujeres hospitalizadas en el servicio de urgencias de Gineco Obstetricia siempre percibieron el cuidado humanizado del personal de enfermería, el 11% casi siempre percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería, el 12% algunas veces percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería y el 4% nunca percibió el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería.⁸

En Cartagena, realizaron un estudio de tipo descriptivo-transversal, con el objetivo determinar la percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Participaron 132 pacientes hospitalizados de una institución de salud pública. La recolección de información se realizó mediante una encuesta sociodemográfica y el instrumento de “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” (PCHE). Se obtuvo los siguientes resultados: el promedio de edad fue de 51.4 años, fue predominante el sexo femenino con un 54.5%. El tiempo de hospitalización promedio fue de 11.5 días; en cuanto al estado de salud, el de mayor predominio fue estable (72%), la percepción global de cuidado humanizado fue de 55.4% siempre, 7.9% algunas veces y nunca 1.7%; por categorías las mejores evaluadas fueron: priorizar al ser de cuidado con 58.8%, dar apoyo emocional con 57.5% y disponibilidad para la atención con 56.6%. En conclusión los pacientes hospitalizados, experimentaron excelente y buena percepción del cuidado humanizado brindado por enfermeras, especialmente frente a priorizar, el cuidado, dar apoyo emocional, características de la enfermera y sus cualidades del hacer y disponibilidad para la atención.⁹

En Chile, efectuaron un estudio cuyo fue objetivo determinar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados en el sub-departamento de Medicina Adulto del HBV, del cuidado humanizado que otorgan los profesionales de enfermería y los factores relacionados, durante el tercer trimestre de 2014. Mediante la aplicación del instrumento Percepción de comportamiento de Cuidado Humanizado en

Enfermería (PCHE). Este fue un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Tuvo una muestra de 171 pacientes; y se concluyó que el 86% de los pacientes hospitalizados consideran que siempre reciben un trato humanizado, el 11,7% casi siempre, 1,8% algunas veces y un 0,6% nunca percibió un trato humanizado. También demostró que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de percepción de trato humanizado y las variables socio demográficas estudiadas. Los resultados permitieron una retroalimentación positiva para el personal que labora en la unidad, fortalecer su desempeño y la motivación para cuidar.¹⁰

➤ **A nivel nacional**

En Lima, realizaron un estudio que muestra la percepción del cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de EsSalud Huacho, durante el mes de octubre de 2010. Fue un estudio descriptivo tipo transversal, en donde se realizó una encuesta a 65 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, con un tiempo mayor de 24 horas de hospitalización en los servicios de medicina, obstetricia y cirugía; utilizaron el instrumento Percepción de comportamiento de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE) y obtuvieron resultados que muestran que algunas veces se percibe un 44% de apoyo en el cuidado, un 47,7% de apoyo emocional, un 35,4% de apoyo físico, un 32,2% de cualidades de enfermería, un 30,8% de pro actividad, un 52,3% de empatía y un 55,4% de disponibilidad en el cuidado. Un 36,9% nunca percibió una priorización en su cuidado.⁴

➤ **A nivel regional**

En Arequipa, efectuaron un estudio con la finalidad de describir el cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche. El estudio es de tipo descriptivo transversal con abordaje cuantitativo. La población de estudio estuvo constituida por 60 personas, la cual estuvo dividida en 30 pacientes hospitalizados y 30 familiares cuidadores de ambos sexos durante el mes de noviembre, en

donde se llegó a las siguientes conclusiones por categorías: 1. Según el humanismo, fe – esperanza y sensibilidad, es calificada por ambos como regular y con una tendencia a deficiente; 2. Según la ayuda y confianza es percibida por ambos como deficiente; 3. Según la expresión de sentimiento positivo y negativo es percibida por ambos como deficiente; 4. Según la enseñanza y aprendizaje es evaluado por ambos como regular con tendencia a deficiente; 5. Según el soporte, protección y ambiente es percibida por ambos como regular; 6. Según la asistencia a las necesidades humanas, es observada por ambos como regular; 7. Según las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales, es percibida por ambos como regular. ¹¹

➤ **A nivel local**

En Puno, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en los Hospitales de apoyo, Ilave y San Juan de Dios. El estudio fue de tipo descriptivo comparativo; con una población de 255 pacientes hospitalizados en el Hospitales antes mencionados. Se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta, el instrumento que se utilizó fue la escala de Caring Behaviors Assesment en lengua castellana. Se llegó a las siguientes conclusiones: existe diferencia en la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería; ya que en el Hospital de Apoyo Ilave alcanzan el nivel regular y en el hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri alcanzan el nivel deficiente. ⁵

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción de las usuarias sobre el cuidado Humanizado que brinda el Profesional de Enfermería en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

Siendo el cuidado la esencia de la Profesión de Enfermería, resulta importante estudiar y reflexionar sobre la calidad de atención y que mejor

saber cuál es la percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda dicho profesional en las instituciones en donde se desempeña, especialmente en el servicio de Gineco – Obstetricia por el cambio biopsicosocial que experimentan las usuarias durante su hospitalización requiriendo cuidados integrales por parte del profesional de enfermería. Los resultados constituyen un aporte importante para los usuarios y para el profesional de Enfermería, porque mejorara la calidad de la atención brindada, la satisfacción de los servicios de salud, mayor productividad, eficiencia y eficacia profesional, complementando así el modelo de salud actual, predominantemente biomédico, con una mirada psicosocial que engrandezca el cuidado humanizado.

Al conocer la apreciación y sentir sobre el cuidado humanizado que se reflejara con la calidad de atención que brinda el profesional de Enfermería, se podrá reorientar los cuidados brindados, ya que el propósito de las instituciones es optimizar la prestación de servicios y fortalecer los procesos de calidad ya sea de recursos físicos y humanos, esto mediante el planteamiento de estrategias como: capacitaciones, talleres de sensibilización, entre otros, fomentando así la práctica continua de empatía y cuidado humanizado por parte del profesional de Enfermería. Esto resulta necesario para una relación de enfermera-paciente armoniosa, contribuyendo al desarrollo de un ambiente laboral saludable y agradable. Por otra parte posibilita el posicionamiento del profesional de enfermería en la sociedad, distinguiéndolo (a) de otras profesiones del área de la salud ante la mirada de los usuarios por la entrega del cuidados con sensibilidad y calidad humana.

Asimismo, el presente trabajo de investigación conduce a una reflexión personal y retroalimentación del profesional de Enfermería sobre el cuidado humanizado que brinda a los usuarios, y además, aporta conocimientos que fortalecen la profesión en el área asistencial, educativo, administrativo e investigación, ya que los resultados les dan una visión que permite identificar los aspectos positivos, negativos y las falencias que están ocurriendo en el quehacer diario de la profesión en cuanto al cuidado humanizado se refiere.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de las usuarias sobre el cuidado humanizado que brinda el Profesional de Enfermería en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno, 2016.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la percepción del cuidado humano según las cualidades del hacer de enfermería.
2. Identificar la percepción del cuidado humanizado según la apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente.
3. Identificar la percepción del cuidado humanizado según la disposición para la atención.
4. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio, edad, género y grado de instrucción.

1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el hospital Regional Manuel Núñez Butrón, de categoría II-2, que forma parte de la Dirección Regional de Salud Puno; brinda atenciones preventivas, promocionales, y principalmente de recuperación y rehabilitación a usuarios de todos los distritos y provincias del sur del departamento de Puno por ser centro de referencia por su capacidad resolutoria; según la Oficina de Estadística e Informática, el servicio de Gineco – Obstetricia es el de más alta demanda por las usuarias del área rural y urbana por sus especialidades de ginecología que se encarga de las enfermedades y la prevención de las mismas del sistema reproductor femenino y la especialidad de obstetricia que brinda cuidados del embarazo, la atención de partos y los cuidados post natales; con respecto a la infraestructura dicho servicio cuenta un número de 22 camas, donde cada habitación tiene la capacidad de 2 camas y su respectivo servicio higiénico, de igual manera, cuanta con las áreas de: recuperación que se encuentra disponible para las usuarias post operadas, ambientes para aislados, sala de ecografías, tópico, jefatura del servicio, stard de enfermería, sala de reuniones y área de limpieza.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. ENFERMERÍA

Enfermería es una profesión antigua, con una gran trayectoria histórica e importancia social, que se ha ido adaptando a las necesidades de la época y cultura. La enfermería ha sido un arte y una práctica basada en principios científicos y técnicos biomédicos que desde hace varias décadas tiene la necesidad de reducir su dependencia conceptual para desarrollar un marco teórico propio como disciplina científica.¹²

La Enfermería está centrada en las relaciones de cuidado transpersonales. Watson define a la Enfermería como una ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad, mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermera están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda de significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, trascendencia y la auto curación.¹³

2.1.1.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

Consideramos que enfermería, es una profesión de carácter científico, humano y social que tiene como misión brindar cuidados individuales e integrales a la persona, familia y comunidad, para mantener la salud o en los momentos de equilibrio y/o desequilibrio del proceso vital humano, buscando siempre su recuperación, independencia y pronta incorporación a la sociedad, de no ser posible ello, lograr que el individuo fallezca con dignidad. Conceptuando al ser humano como un todo funcional, es decir, un ser de características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales propias y que cada una de ellas establecen sus necesidades.¹⁴

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Jean Watson la enfermería es el arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de

expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”. Watson define la enfermería como la ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad, mediante una relación profesional, personal científica, estética y ética. Las metas de enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto curación.¹⁵

Concluyendo, la profesión de enfermería es considerada una ciencia, ya que posee un cuerpo organizado y estructurado de conocimientos abstractos como son las teorías, los cuales son el resultado de la investigación científica y el análisis lógico. Además es considerada como arte, porque la práctica de cuidados de enfermería es realizada de forma ética, moral, creativa e imaginativa.

2.1.1.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

La profesión de enfermería vienen desarrollándose desde hace algo más de un siglo y ha sido a partir de los años 50 del siglo XX, cuando el desarrollo de las teorías en este campo ha sufrido una rápida evolución hasta alcanzar un cuerpo doctrinal de conocimientos propios de una disciplina académica. Antes de esta fecha no se había empezado a desarrollar, articular y contrastar una teoría global en esta disciplina. En ese tiempo la práctica profesional se basaba en un compendio de principios y tradiciones determinadas por una formación basada en el aprendizaje y en el sentido común desarrollado por los años de experiencia. Durante los 50 en Estados Unidos de América, la Enfermería empezó a ser parte de las carreras de nivel superior lo que posibilito el surgimiento y desarrollo de marcos teóricos de la Enfermería, los primeros trabajos de investigación tuvieron una connotación eminentemente positivista.¹⁶

Desde el final de la década de los 70, algunas teorías pasaron a incorporar concepciones humanísticas devotadas por el papel social

de la profesión y dirigidas para las dimensiones cualitativas. En el caso, por ejemplo, de Jean Watson, que colaboró una teoría sobre el cuidados con base en los patrones éticos, estéticos y personales.¹⁶

Posteriormente en los años 80 cada vez más bases teóricas fueron incorporadas a los currículos profesionales y el interés se centraba en el análisis y en el uso de las teorías en la práctica clínica. Así se alcanzó un consenso sobre los conceptos dominantes de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de enfermería (cuidados enfermeros, acción/actividad de enfermería).¹⁶

En los 90, no ha existido un acuerdo sobre un enfoque teórico unitario, el cual recentó defensores y detractores. Estos últimos abogan por el pluralismo en las teorías y por el enriquecimiento que aporta la diversidad al conjunto de la disciplina ya que ninguna visión es lo bastante amplia para abarcar u orientar el conocimiento de la enfermería en su totalidad.¹⁶

2.1.1.3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENFERMERÍA

Dentro del equipo multidisciplinario de trabajo que oferta los servicios de salud en un centro hospitalario, se encuentra el profesional de Enfermería, actor importante dentro del proceso terapéutico, encargado de brindar cuidados integrales al paciente;³ pero actualmente la especialización y el avance tecnológico han favorecido un ambiente instrumentalizado en los servicios de salud, como consecuencia el profesional de Enfermería inclinado a la automatización procedimental no intencional.

Ante la sociedad, la enfermería es una profesión poco visible y profundamente desconocida, ya que la sociedad todavía no reconoce plenamente la competencia, autonomía e independencia de las enfermeras, existiendo una tendencia a verla como una profesión inferior a la medicina y bajo su sombra. De modo que la mayoría de la población ignora que la enfermería tiene un campo competencial propio, relacionándola estrechamente con «tarear» y confiando en ella para las actividades que se le han asociado tradicionalmente. No

obstante, se empiezan a vislumbrar otras funciones del personal de enfermería, y se va percibiendo como una profesión menos relacionada con la feminidad y más preparada que antaño.¹⁷

En el Perú, mediante Ley N° 27669, se promulgo la ley del Trabajo Enfermera (o), aprobada y promulgada el 15 de Febrero del 2002, donde se hace mención al rol de que desempeña “como profesional de las ciencias de la salud, el cual interviene en la prestación de servicios de salud en forma integral, científica, tecnológica sistemática y humanista, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelven; con el propósito de elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población”.¹⁸

Actualmente el Perú cuenta con una tasa de 8 profesionales de Enfermería por 10.000 habitantes. Siendo 4 veces mayor que Paraguay y 1.5 veces que Brasil. El 25.2% de estos profesionales mantiene un contrato de servicios no personales, sin ningún tipo de beneficio social, estos factores conllevan a un riesgo latente que puede menoscabar el cuidado con sentido humano, esto unido a la situación económica (pobreza y exclusión social) conlleva a un estado de crisis de la salud de la población.¹⁹

Según la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ASPEFEEN), el propósito de la enfermería es promover la salud y el bienestar de las personas, en cualquier situación que se presente; materializándose a través del Proceso de Atención de Enfermería, que es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes, centrados en el logro de resultados esperados. Y sus componentes o fases referidos a la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de la atención del paciente.¹⁹

2.1.2. CUIDADO

Cuidar es un acto dado por uno mismo y para uno mismo, en el momento que la persona adquiere la autonomía precisa para ello. Igualmente, es un

acto recíproco que supone dar a toda persona que, temporalmente o definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida. Por lo tanto cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano, responder a la aspiración de cubrir necesidades fundamentales.²⁰

Para Watson es una idea moral más que una actitud orientada al trabajo, incluye características como la ocasión orientada al trabajo e incluye características como la ocasión real de cuidado y el momento transpersonal, fenómenos que ocurre cuando existe una relación de cuidado, auténtica entre enfermera y el paciente, el cuidado es la esencia de la práctica de Enfermería.¹⁶

Además el cuidado implica conocer a cada paciente, interesarse por él. Interesarse, implica paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, uno debe darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad y apoyo afectivo. Esto exige entonces un esfuerzo físico. Pero el que lo consigue se recrea en ese juego de gran belleza, que si se sabe percibir, consiste en ir descubriendo, poco a poco, un ser cuya riqueza de matrices nunca se acaba de reconocer todo. “Es precisamente ese misterio del ser, en parte conocido, y en parte desconocido, pero siempre inefable, en su unidad, el que debe arrastrar y entusiasmar cada vez más al profesional de enfermería”.²¹

2.1.2.1. CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado es realizado por personas entrenadas, como en el caso de los profesionales de Enfermería, la acción de cuidar deja de ser un proceso empírico, instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, sistemático y aprendido que implica no solo el acto de cuidar en sí, sino también, el hecho de combinar y buscar la armonía de múltiples recursos, conocimientos y actitudes del cuidador para lograr que el sujeto pase de un estadio negativo, de displacer,

disconfort o anormal que caracteriza a la enfermedad, a un estadio positivo, de placer, confort o normal, por medio de estrategias de promoción, protección, prevención o rehabilitación de la salud. ²²

El cuidado de Enfermería se ha definido desde muchas vertientes de la teoría enfermera. Así mismo, podemos encontrar diferentes escuelas, según Suzanne Kerouac existen seis grandes corrientes del quehacer enfermero.

- **La escuela de las necesidades:** Encabezado por Virginia Henderson, el cuidado está centrado en la independencia de la persona y en la satisfacción de las necesidades fundamentales.
- **La escuela de interacción:** La máxima exponente es Hildegarde Peplau; el cuidado es una acción humanitaria y no mecánica. Las teoristas señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención. También Joyce Travelbee afirma que la labor de la enfermera es ayudar a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia que supone enfermedad o sufrimiento, siendo necesario encontrar un significado a sus vidas.
- **La escuela de los efectos deseables y adaptación:** Callista Roy define, el objetivo de los cuidados es restablecer el equilibrio, la estabilidad, la homeostasia y preservar la energía.
- **La escuela de la promoción de la salud:** Moyra Allen es la principal representante de esta escuela. En ella se amplía el objetivo de los cuidados a la familia, en donde considera que se debe aprender de las propias experiencias de salud.
- **La escuela del ser humano unitario:** Su representante más relevante es Martha Rogers, quien se inspira para prestar cuidados de Enfermería en trabajos filosóficos, en teorías de la física y la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy.

- **La escuela del Caring:** En esta escuela se encuentra Watson y Leininger que proponen una correspondencia de cuidados que reúna el plano humanista y el científico. Según Benner y Wrubel, el cuidado que debe ofrecer la enfermería es establecer un relación de ayuda, comprometerse emocionalmente con el otro, ya que es la única manera de que la relación sea significativa, de que vea a es ser humano que necesita de la ayuda profesional en su totalidad y que el vea a una enfermera cálida, empática, que no lo juzgue si no que le brinde la ayuda profesional que necesita.

2.1.2.2. ELEMENTOS DEL PROCESO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El proceso de cuidados de enfermería procede de un encuentro entre dos o más seres vivos. Este proceso se sitúa en la encrucijada de un sistema de cambio que procede de fuentes diferentes para llegar a determinar la naturaleza de los cuidados que hay que suministrar y los medios para ponerlos en práctica. Es un proceso de elucidación-acción entre dos interlocutores sociales con competencias diferentes y complementarias dirigidas a encontrar su forma de realización a partir de las capacidades, y los recursos de cada uno o en un entorno dado (domicilio, lugar de trabajo, institución sanitaria hospitalaria o extra hospitalaria).²⁰

Para identificar el trabajo de enfermería es necesario conocer los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermería, los cuales son: conocimientos científicos, tecnología y el humanismo.

- a. Conocimientos científicos:** Es la adquisición de competencias que caracterizan una profesión, se desprende de un conjunto de conocimientos organizados. La adquisición de competencia profesional requiere pues, un dominio previo o paralelo de los fundamentos teóricos de esta competencia, es decir de un saber conocer.

Existen dos aspectos importantes sobre el conocimiento:

- **Fuente de conocimientos utilizados:** La profesión de Enfermería se basa en diferentes disciplinas como la biología, la demografía, la psicología social, la antropología cultural, la sociología, la economía, etc. No obstante a partir de la década de los 50 en enfermería se empezó a desarrollar teorías que explican los fenómenos que ocurren, otorgando sustento a la práctica.
 - **Modo de organización y utilización:** El método es lo que orienta la organización de los conocimientos y manejo, utilizando el Proceso de Atención de Enfermería, que es un método científico lógico, sistemático, el cual contiene: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
- b. Tecnología:** Los avances en la ciencia y la tecnología otorga un reto en el ejercicio de la enfermería; por ejemplo, la aparición de nuevas enfermedades y la cronicidad de otras conllevan a la necesidad de cuidados especializados. Esto crea un saber hacer.
- c. Humanismo en enfermería:** Por ser el sujeto de atención del “cuidado de enfermería”, la persona, es necesario conocer todas sus dimensiones biopsicosociales, sus creencias y sus valores para conformar su saber ser.

2.1.2.3. CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA

Es el conjunto de acciones fundamentales en la relación entre enfermera-paciente, además del dominio de lo técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelven.²³

El cuidado humanizado reúne actos como: pensar, ser, hacer, lo que involucra tanto al ser que es estudiado, como al profesional que lo cuida, dando importancia a la esencia del ser humano como ser único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger, es decir, la

comprensión del ser humano como un ser integral. Se habla de una visión fenomenológica - existencialista de la psicología de las humanidades. La enfermera se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de salud y al cuidado de los enfermos, siendo este un fenómeno social y universal que solo resulta efectivo si se practica de forma interpersonal. ¹⁶

Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos. Los seres humanos dentro de esta visión holística son consideradas como personas capaces de hacer selecciones responsables de la vida; a la salud se la concibe como un estado de venir a ser, donde hasta en condiciones de adversidad el ser humano encuentra significado para vivir y la enfermería fenomenológica se define como propiciadora de esta respuesta a las necesidades del cliente, auxiliando en sus selecciones. ²⁴

2.1.2.4. DESHUMANIZACIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermera desarrolla su trabajo, los cuidados, inmersa en unas instituciones fundamentadas en el modelo biomédico y curativo que reduce lo humano a una expresión biológica alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado. Pero ésta no es más que una de las causas que provocan una deshumanización en los cuidados enfermeros que se puede ver reflejada en la práctica diaria. La aplicación de las nuevas tecnologías, la búsqueda de la eficiencia, la sobrecarga de trabajo, el síndrome del burn-out, y un largo etc., son otras de las muchas causas que profundizan la deshumanización de los cuidados enfermeros. ⁴

Según Rodríguez Martín y Zurriaga la deshumanización del enfermo en los hospitales es un proceso que incluye los siguientes procedimientos:

a. Control de medios y recursos.

El personal del hospital es quien controla los medios y recursos físicos, la información y los conocimientos relativos al proceso de salud del paciente. La dependencia de recursos

repercute de forma negativa a la autoimagen del individuo, a su autovaloración y hace que aumente la dependencia. Los pacientes precisan tener información relativa al funcionamiento del hospital, la enfermedad, su tratamiento y conocer aspectos necesarios para lograr la curación.

b. Reducción y control de la movilidad del enfermo.

Al producirse el ingreso en el hospital los pacientes se le marcan unos espacios donde deben permanecer y se les impide moverse con libertad por la organización. Todas las actividades del paciente están reglamentadas (hora de la comida, hora del aseo, de la medicación)

c. Despersonalización o desnudamiento.

Por motivos de organización del hospital se hacen desaparecer todos los objetos que proporcionan una identidad personal al paciente, los enfermos son uniformados con las pijamas del hospital, se les solicita que se quiten los adornos personales como anillos, etc.

Estos tres procedimientos son el resultado de muchas de las acciones e interacciones que tienen lugar en el sistema hospitalario, privar a la persona de sus caracteres humanos y hablar de ellos como si de un síntoma, una enfermedad o un órgano se tratase, permite al profesional de la salud distanciarse emocionalmente del paciente.

2.1.3. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANIZADO DE JEAN WATSON

Jean Watson para desarrollar su teoría, se apoyó sólidamente en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual.²⁵

Esta teorista ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial - fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los humanos; es racional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson articular sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales,

transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

➤ **Premisa 1.**

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

➤ **Premisa 2.**

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

➤ **Premisa 3.**

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

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos meta paradigmáticos de la siguiente manera:

➤ **Salud**

Tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

➤ **Persona**

Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.

➤ **Entorno**

Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante .La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)

➤ **Enfermería**

Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

2.1.3.1. CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aún estos conceptos necesitan ser definidos más claramente, esto es quizás por la naturaleza abstracta de los conceptos que ha hecho este modelo difícil para evaluar.

a. Interacción enfermera – paciente.

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud - enfermedad, interacción persona - medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera paciente).¹²

b. Campo fenomenológico.

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

c. Relación de cuidado transpersonal.

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”.¹² Esta trascendencia permite a ambos el

paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

La relación de cuidado transpersonal se caracteriza por: ²⁶

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud.

Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento. ²⁶

El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más

autoconocimiento, autocontrol y disposición para la auto curación independientemente de la condición externa de salud.²⁷

2.1.3.2. PRINCIPALES SUPUESTOS

En su primer libro *Nursing: The philosophy and science of Caring*, Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:²⁶

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

2.1.3.3. CATEGORÍAS DEL CUIDADO HUMANIZADO

Rivera y Triana motivados por el interés de conocer la percepción de las personas a quienes cuidaban, de sus familias y respondiendo a la búsqueda del departamento de Enfermería de la clínica del Country de dar un cuidado humanizado, en el 2005 construyeron 9 categorías del cuidado humanizado y elaboraron el instrumento de “Percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería” PCHE, basaron sus estudios en la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson y la teoría de la enfermería como cuidado de Boykin y Schoenhofer. Posteriormente las creadoras y Espitia inician un

proceso de deconstrucción del instrumento, siguiendo los referentes teóricos del concepto del cuidado humanizado y los lineamientos de los expertos se construye la 2° versión de PCHE presentando 3 categorías como en el que es utilizado en el presente estudio. Finalmente Gonzales Hernández en el 2014, genera la 3° versión del instrumento PCHE, manteniendo las 3 categorías pero realizando un ajuste semántico de los ítems, el cual presenta validez facial, de contenido y de constructo y confiabilidad según su estudio.²⁸ Las tres categorías son las siguientes:

a. CUALIDADES DEL HACER DE ENFERMERÍA.

Se refiere a las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería que brinda el cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como el trato humano, facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar, confianza y seguridad, demostrar respeto por las creencias y valores logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera (o) – paciente.²⁸

Dentro de las cualidades de enfermería destacan:

- Responsabilidad: La enfermera responde a sus propias acciones que realiza para prevenir del daño al paciente.
- Formalidad: La enfermera puede distinguir lo correcto de lo incorrecto, realizando buenas acciones con seguridad.
- Veracidad: La enfermera practica la verdad ante cualquier circunstancia.
- Confidencialidad: Deben asegurar que los diagnósticos o pronósticos no se informen a los demás si el paciente no lo desea.
- Confianza: La enfermera está segura de la capacidad propia para lograr realizar una tarea o alcanzar un objetivo.
- Imparcial: La enfermera debe enfrentarse a situaciones sin preferencia y sin perjuicios.

- Fiable: Es responsable de las acciones que hace con el paciente. Una enfermera responsable es fiable en la toma de decisiones.
- Perseverante: La enfermera halla soluciones eficaces para los problemas de cuidado al paciente.
- Creativa: Porque hace que los procedimientos más complicados se vuelvan simples.
- Curiosa: Ante cualquier situación clínica aprende mucho de la información del paciente.
- Humilde: Es capaz de admitir su falta de habilidad para enfrentarse a un problema de la práctica.
- Posee una integridad personal: Es honesta, confiable por parte de sus compañeros y subordinados, y está dispuesta a admitir sus equivocaciones o contradicciones.

Ante esto, uno de los elementos de cuidado humano es la utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones, el cual se refiere al proceso de enfermería que conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas del quehacer de enfermería, mediante el proceso de enfermería, que es sistemático y organizado.¹⁵ Otro de los elementos del cuidado humano relacionado con la categoría del hacer de enfermería es la tolerancia a las fuerzas fenomenológicas, la cual se refiere a fenómenos que no pueden ser explicados científicamente por la medicina, pero ocurren llenando el espíritu de significados, creencias, mitos, metáforas y el mundo interno de la vida subjetiva de la enfermera y los pacientes lo que permite curas milagrosas.¹⁵

b. APERTURA A LA COMUNICACIÓN ENFERMERA (O) – PACIENTE.

Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera (o)) a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el sujeto de cuidado (paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la transmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al dialogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado.²⁸

Las relaciones personales que ejerce enfermería con sus pacientes en la práctica de los cuidados son esenciales para el desempeño profesional. El personal de enfermería permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes, brindan asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual y las relaciones personales sustentan la realización de sus actividades. Diversos autores como Watson consideran que la relación personal tiene un efecto terapéutico, en algunos casos afirman que esta puede ser determinante en el éxito de su desempeño.

Ante ello, la apertura a la comunicación enfermero paciente se relaciona con la promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal, ya que permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.¹⁵ Así también se relaciona con el desarrollo de una relación de ayuda – confianza el cual, promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz.¹⁵ la comunicación eficaz involucra la promoción y aceptación de

la expresión de los sentimientos positivos y negativos, donde la enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.

c. DISPOSICIÓN PARA LA ATENCIÓN.

Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.²⁸

La disposición para la atención está relacionada con la asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas, donde la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. También se relaciona a la provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual, donde la enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.¹⁵

2.1.4. PERCEPCIÓN

Es el proceso cognoscitivo que permite interpretar y comprender el entorno. Es la selección y organización de estímulos del ambiente para proporcionar experiencias significativas a quien los experimenta. La

percepción incluye la búsqueda de la obtención y el procesamiento de información.²⁹

La percepción del usuario de los servicios de Enfermería, podría ser considerada con una actividad guiada por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene, como consecuencia de esa actividad que refleja en gran medida el grado de satisfacción que el paciente puede tener de la atención recibida, la percepción por otro lado depende de la calidad de los servicios otorgados.²⁹

Warren, define a la percepción como: “El arte de darse cuenta de los objetos externos, sus cualidades o relaciones, que sigue directamente a los procesos sensoriales a diferencia de la memoria o de otros procesos centrales”. Todos los seres humanos perciben el mundo exterior a través de los sentidos, pero dicha percepción depende también de experiencias anteriores, ya que constantemente los sentidos son bombardeados por una multitud de estímulos que ofrecen un panorama interesante del mundo, pero no siempre son capaces de transmitirle a la persona una imagen exacta de la realidad, sin embargo las percepciones son importantes porque determinan la manera en que la información es utilizada para acordar acciones humanas.³⁰

2.1.4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA PERCEPCIÓN

Carácter de integridad: Un estímulo se percibe como un todo, ya que las sensaciones se asocian entre sí.³¹

- **Carácter racional:** El individuo interpreta un hecho de acuerdo a su conocimiento o experiencias sobre dicho hecho, para poder emitir un juicio.
- **Carácter selectivo:** Está determinado por causas subjetivas y objetivas, en el primero tenemos cualidades de los mismos estímulos. La causa subjetiva depende del valor que el individuo da a cierto objeto, hecho y esta depende de su experiencia y del estado psíquico general en que se encuentra.³¹

2.1.4.2. PROCESOS DE LA PERCEPCIÓN

- **Proceso sensorial:** En este proceso se experimenta sensaciones como: auditivas, visuales, gustativas, olfativas, táctiles. Por medio de los cuales conocemos las características sensibles de los objetos: color, forma, tamaño, ubicación, movimiento, etc. ³¹
- **Proceso ideático:** Este proceso consiste en atribuir un significado o tener noción o idea sobre el objeto percibido. ³¹

2.1.4.3. PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO

Es definida como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de Enfermería obtienen momentos significativos en su interior mediante la interacción en el cuidado. Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidador – ser cuidado para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía. ³²

La percepción del usuario de los servicios de enfermería, podría ser considerada como una actividad guiada por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene, como consecuencia de esa actividad que refleja en gran medida el grado de satisfacción que el paciente puede tener de la atención recibida; la percepción por otro lado, depende la calidad de los servicios otorgados. ²⁹

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. PERCEPCIÓN:

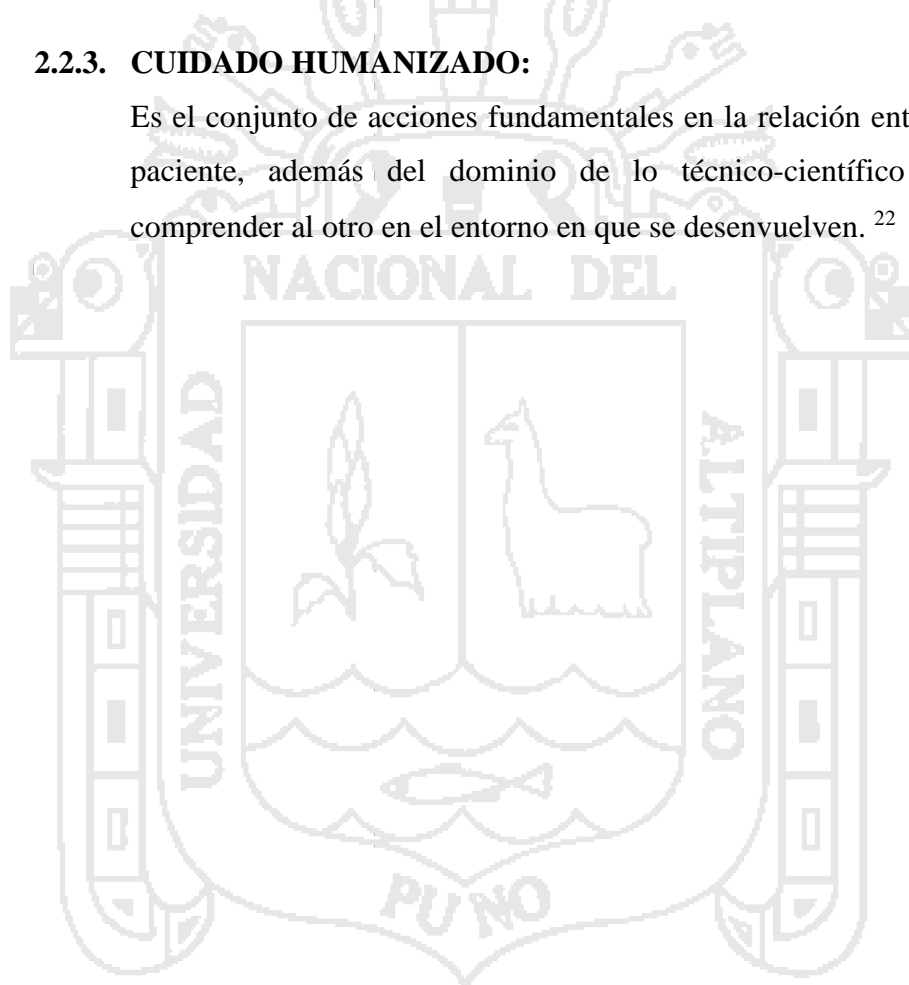
Es el proceso cognoscitivo que permite interpretar y comprender el entorno. Es la selección y organización de estímulos del ambiente para proporcionar experiencias significativas a quien los experimenta. La percepción incluye la búsqueda de la obtención y el procesamiento de información. ²⁹

2.2.2. ENFERMERÍA:

La enfermería es una profesión antigua, con una gran trayectoria histórica e importancia social, que se ha ido adaptando a las necesidades de la época y cultura. La enfermería ha sido un arte y una práctica basada en principios científicos y técnicos biomédicos que desde hace varias décadas tiene la necesidad de reducir su dependencia conceptual para desarrollar un marco teórico propio como disciplina científica.¹¹

2.2.3. CUIDADO HUMANIZADO:

Es el conjunto de acciones fundamentales en la relación entre enfermera-paciente, además del dominio de lo técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelven.²²



III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es CUANTITATIVO, de tipo DESCRIPTIVO y de corte TRANSVERSAL.

- La investigación CUANTITATIVA, es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. 33
- Según el análisis y alcance de los resultados es de tipo DESCRIPTIVO porque, el presente trabajo de investigación está dirigido a determinar el “como es” o “como esta” la situación de la variable que se estudian en la población. 33
- Según el periodo y secuencia de estudio es TRANSVERSAL porque, se estudia la variable en un momento determinado, haciendo un corte en el tiempo. 33

Presenta un diseño descriptivo simple.



Dónde:

O: Observación, medición, prueba.

G: Muestra.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Para la población se tomó como referencia 831 usuarios egresados en el primer trimestre del 2016, de los cuales 802 pertenecen al servicio de Obstetricia y 29 a Ginecología; con un promedio de hospitalización de 1.96 días.

3.2.2. MUESTRA

El método de muestreo elegido es de tipo PROBABILÍSTICO aleatorio simple. Para el cálculo del tamaño de la muestra y para la estimación de las proporciones se aplicó la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{(Z)^2 (E)^2 (P)(Q)}{e^2}$$

Dónde:

- n = Muestra
- $N = 831$ = Tamaño de la población
- $P = 0.50$ = probabilidad favorable inicial (al aporte)
- $Q = 0.50$ = probabilidad desfavorable inicial
- $\alpha = 0.05$ = nivel de significancia
- $Z = 1.96$ = $Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$ (Z de distr. Normal 2 colas)
- $e = 0.12$ = error planteado para la proporción P
- $E = 0.06$ $E = e \cdot P =$ (error de la muestra) = 6.0%

REEMPLAZANDO

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.06)^2 (0.50)(0.50)}{(0.12)^2}$$

$$n = 266.66$$

$$n =$$

Si: $\frac{n_0}{N} \geq \alpha$ se corrige $n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$

REEMPLAZANDO

$$\frac{267}{831} \geq 0.05 = 0.32 \geq .$$

Se corrige: $n = \frac{267}{1 + \frac{(267-1)}{831}}$

$$n = 202.2$$

$$n=202$$

De acuerdo a la afijación proporcional:

POBLACIÓN		MUESTRA	
Obstetricia	802	Obstetricia	195
Ginecología	29	Ginecología	7
N	831	<i>n</i>	202

En consecuencia, de acuerdo a la fijación proporcional la muestra estuvo conformada por 202 usuarios, de los cuales 195 pertenecen al servicio de Obstetricia y 7 a Ginecología.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarios de sexo femenino, mayores de 15 años de edad.
- Autorizaron de los usuarios en la participación del estudio evidenciado con la firma en el consentimiento informado.
- Usuarios con capacidad física y mental de contestar al instrumento.
- Usuarios con estancia hospitalaria de mayor a 20 horas.

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Usuarios menores de 15 años de edad.
- Usuarios que presenten alteraciones en el estado de conciencia.
- Tiempo de estancia hospitalaria menor a 20 horas.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como técnica de recolección de datos se utilizó la encuesta, la cual se aplicó a los usuarios que egresaron del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón – Puno.

3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como instrumento de recolección de datos se utilizó el cuestionario “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE 3^a versión”, creado por Rivera y Triana en el año 2005

en la Clínica del Country y adaptado por Oscar Javier González Hernández en 2014, en el Centro Policlínico del Olaya IPS Colombia.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Por haberse aplicado en otro contexto la encuesta de PCHE 3ª versión fue sometido a juicio a expertos para otorgarle validez. Los tres especialistas fueron elegidos por su vasta trayectoria académica y conocimiento sobre el tema de calidad de atención, las cuales fueron: Jefa del departamento de enfermería del Hospital Regional “MNB”- Puno, responsable de la oficina de gestión de la calidad de dicho hospital y la coordinadora regional de la DIRESA – Puno. Se les proporcionó información sobre la investigación y una hoja de calificación sobre el instrumento que contiene criterios tales como: claridad, secuencialidad, correspondencia y sugerencias. Al aplicar la prueba binomial se obtuvo que las apreciaciones de los jueces expertos concuerden en un 97% dándole solo validez de contenido al instrumento. **(ANEXO D)**

Posterior a ello, se ejecutó la prueba piloto con las modificaciones y sugerencias de los Jueces expertos; encuestando a 20 usuarias egresadas del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital II-1 Ilave que corresponde el 10% de la muestra del presente trabajo de investigación y para determinar la confiabilidad, se calculó el Alfa de Cronbach. El resultado de coeficiente es $\alpha = 0.96$ lo que equivale a un 96% de confiabilidad del instrumento. **(ANEXO G)**

INTERPRETACIÓN DEL INSTRUMENTO

Rivera y Triana en el 2005 elaboraron el instrumento de “Percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería” PCHE con 9 categorías del cuidado humanizado, basando sus estudios en la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson y la teoría de la enfermería como cuidado de Boykin y Schoenhofer. Posteriormente las creadoras y Espitia inician un proceso de deconstrucción del instrumento, siguiendo los referentes teóricos del concepto del cuidado humanizado y los lineamientos de los expertos se construye la 2ª versión de PCHE presentando 3 categorías como en el que es utilizado en el presente

estudio. Finalmente Gonzales Hernández en el 2014, genera la 3° versión del instrumento PCHE, manteniendo las 3 categorías pero realizando un ajuste semántico de los ítems, el cual presenta validez facial, de contenido y de constructo y confiabilidad según su estudio.²⁸ Las tres categorías del instrumento son las siguientes:

- a. Cualidades del hacer de enfermería.
- b. Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente.
- c. Disposición para la atención.

Siendo el rango real del instrumento 32 a 128. Al clasificar las respuestas se dispone de cuatro rangos los cuales son:

Siempre	128 – 121
Casi siempre	120 – 112
Algunas veces	111 – 96
Nunca	95 – 32

a. Cualidades del hacer de enfermería:

Esta categoría incluye los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 15 y 17. Su rango real es de 7 – 28. Se clasifican de acuerdo a la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto las cualidades del quehacer del personal de enfermería, teniendo en cuenta los rangos que se definen:

Siempre	28 – 27
Casi siempre	26 – 25
Algunas veces	24 – 20
Nunca	19 – 7

b. Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente:

Incluye los ítems 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14 y 19. Su rango real es de 8 – 32. Se clasifican de acuerdo a la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto a la comunicación entre el paciente y el personal de enfermería, teniendo en cuenta los rangos que se definen:

Siempre	32 – 30
Casi siempre	29 – 27

Algunas veces	26 – 21
Nunca	19 – 8

c. Disposición para la atención:

Esta categoría incluye los ítems 3, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32. Su rango real es de 17 – 68. Se clasifican de acuerdo a la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en cuanto a la disposición del personal de enfermería para la atención, teniendo en cuenta los rangos que se definen:

Siempre	68 – 65
Casi siempre	64 – 59
Algunas veces	58 – 50
Nunca	49 - 17

El cuestionario de Percepción de comportamientos de cuidado humanizado, fue modificado tipo Likert para su mejor comprensión, actualmente está constituida por 32 ítems, en donde se mide la percepción global y por categorías, cada ítem cuenta con 4 alternativas de respuesta, como se muestra a continuación:

Nunca	1
Algunas veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

CALIFICACIÓN DE LOS RANGOS GLOBALES DE PERCEPCIÓN

- **EXCELENTE:** El usuario percibe el cuidado humanizado como excelente, perfecto y sin ninguna falencia por parte del profesional de Enfermería cuando el valor total del instrumento se encuentra en los rangos de 121 a 128 puntos.

- **BUENO:** El usuario percibe el cuidado humanizado bueno, satisfactorio y aceptable por parte del profesional de Enfermería cuando el valor total del instrumento se encuentra en los rangos de 112 a 120 puntos.
- **REGULAR:** El usuario percibe el cuidado humanizado regular pero aceptable, con falencias que mejorar por parte del profesional de Enfermería cuando el valor total del instrumento se encuentra en los rangos de 96 a 111 puntos.
- **DEFICIENTE:** El usuario percibe el cuidado humanizado deficiente, desaprobatorio y con falencias significativas que requieren solución inmediata por parte del profesional de Enfermería cuando el valor total del instrumento se encuentra en los rangos de 32 a 95 puntos.

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para desarrollar la presente investigación se realizaron las siguientes actividades:

3.4.1. ORGANIZACIÓN:

- Se presentó una solicitud a secretaria dirigida a la Decana de la Facultad de Enfermería, para que emita una carta de presentación a nombre del Director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.
- Posteriormente se presentó el oficio N°518-2016-D-FE-UNA. emitido por la Decana de la Facultad de Enfermería dirigida al Director del hospital antes mencionado, con la finalidad de obtener la autorización para llevar a cabo el presente trabajo de investigación.
- Finalmente se procedió a informar los objetivos, utilidad del estudio e impactos esperados del trabajo de investigación a las autoridades pertinentes: Jefa de enfermeras del Hospital, jefa de enfermeras del servicio de Gineco - Obstetricia y medico jefe del departamento; con la finalidad acceder al servicio y poder aplicar el instrumento a los usuarios sin ningún inconveniente.

3.4.2. EJECUCIÓN:

La recolección de información se llevó a cabo en dos horarios: por las mañanas de 06:00 a 08:00 horas y por las tardes de 15:00 a 17:00 horas; en donde se procedió de la siguiente manera:

- En primer lugar se realizó la presentación personal ante el responsable del turno y del servicio, mostrando la autorización de la Jefa de Enfermeras y la del Jefe de Departamento de Gineco – Obstetricia para que se me permitiera aplicar el cuestionario sin inconvenientes.
- Seguidamente, ante las usuarias también se realizó la presentación y orientación sobre la finalidad e importancia del estudio y se le solicitó su participación voluntaria, el cual fue evidenciado con la firma y/o huella digital en el consentimiento informado.
- Posteriormente se aplicó el cuestionario a modo de encuesta de forma personal a las usuarias teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, en un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos por usuaria.
- Posteriormente se agradeció la participación y colaboración prestada en el trabajo de investigación tanto a las usuarias como al responsable del turno.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

a. TABULACIÓN:

Al término de la ejecución y obtención de datos se procedió de la siguiente manera:

- Se codificó las encuestas.
- Se calificó, tabuló y organizó los datos obtenidos.
- Se elaboró cuadros de información porcentual para los resultados obtenidos de la variable de estudio.
- Se analizaron e interpretaron los datos.

b. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

Para el presente estudio se utilizó la siguiente formula de estadística descriptiva de frecuencia y porcentajes.

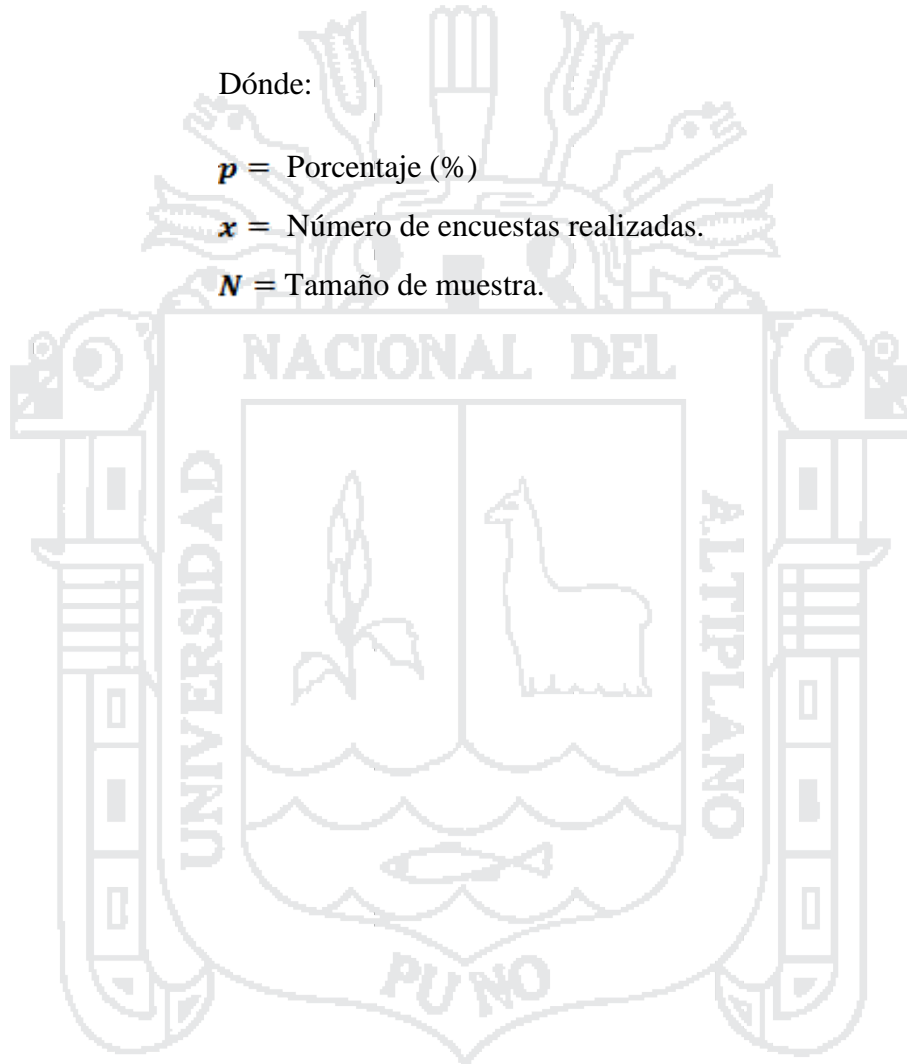
$$p = \frac{x}{N} \times 100$$

Dónde:

p = Porcentaje (%)

x = Número de encuestas realizadas.

N = Tamaño de muestra.



IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.RESULTADOS

OG

TABLA 1

PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO, 2016.

ESPECIALIDAD DEL SERVICIO PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO	OBSTETRICIA		GINECOLOGÍA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
EXCELENTE	0	0.0	0	0.0	0	0.0
BUENO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
REGULAR	8	4.1	0	0.0	8	3.9
DEFICIENTE	187	95.9	7	100.0	194	96.0
TOTAL	195	100.0	7	100.0	202	100.0

FUENTE: Encuesta PCHE aplicado en el servicio de Gineco - Obstetricia del H.R.M.N.B. – Puno 2016.

En la tabla se aprecia el predominio de la categoría deficiente con un 95.9% en la especialidad de Obstetricia y 100.0% en Ginecología. Y solo el 4.1% denomina como regular el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la especialidad de Obstetricia.

Los resultados globales muestran que el 96.0% de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia perciben como deficiente el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería; y el 3.9% lo percibe como regular.

OE1

TABLA 2

PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE LAS CUALIDADES DEL HACER DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO, 2016.

ESPECIALIDAD DEL SERVICIO PERCEPCIÓN DE LAS CUALIDADES DEL HACER DE ENFERMERÍA.	OBSTETRICIA		GINECOLOGÍA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EXCELENTE	0	0.0	0	0.0	0	0.0
BUENO	4	2.0	0	0.0	4	1.9
REGULAR	53	27.2	1	14.3	54	26.7
DEFICIENTE	138	70.8	6	85.7	144	71.3
TOTAL	195	100.0	7	100.0	202	100.0

FUENTE: Encuesta PCHE aplicado en el servicio de Gineco - Obstetricia del H.R.M.N.B. – Puno 2016.

En la tabla se observa resultados predominantes de la categoría deficiente tanto en la especialidad de Ginecología como en Obstetricia con un 85.7% y el 70.8% respectivamente. Así también, el 27.2% de la especialidad de obstetricia y el 14.3% de ginecología percibieron dichas cualidades como regular y solo el 2.0% de usuarias de la especialidad de obstetricia percibe como bueno las cualidades del hacer de enfermería.

Los resultados globales muestran que el 71.3% de las usuarias del servicio de Gineco - obstetricia perciben las cualidades del hacer de enfermería como deficiente; el 26.7% lo perciben como regular, y solo el 1.9% percibieron dichas cualidades como bueno.

OE2

TABLA 3

PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE LA APERTURA A LA COMUNICACIÓN ENFERMERA(O) – PACIENTE EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO, 2016.

ESPECIALIDAD DEL SERVICIO PERCEPCIÓN SOBRE APERTURA A LA COMUNICACIÓN ENF. – PACIENTE	OBSTETRICIA		GINECOLOGÍA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EXCELENTE	0	0.0	0	0.0	0	0.0
BUENO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
REGULAR	44	22.6	1	14.3	45	22.3
DEFICIENTE	151	77.4	6	85.7	157	77.7
TOTAL	195	100.0	7	100.0	202	100.0

FUENTE: Encuesta PCHE aplicado en el servicio de Gineco - Obstetricia del H.R.M.N.B. – Puno 2016.

En la tabla se observa preponderancia de la categoría deficiente en las especialidades de Obstetricia y Ginecología con un 77.4% y 85.7% respectivamente. Por otro lado el 22.6% y el 14.3% percibe la apertura comunicación enfermera (o) –paciente como regular respectivamente.

Los resultados globales muestran que el 77.7% de las usuarias del servicio de Gineco - obstetricia perciben la apertura a la comunicación enfermera (o) -paciente como deficiente; y el 22.3% lo percibe como regular.

OE3

TABLA 4

PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE LA DISPOSICIÓN PARA LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO, 2016.

ESPECIALIDAD DEL SERVICIO PERCEPCIÓN SOBRE LA DISPOSICIÓN PARA LA ATENCIÓN	OBSTETRICIA		GINECOLOGÍA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
EXCELENTE	0	0.0	0	0.0	0	0.0
BUENO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
REGULAR	22	11.3	0	0.0	22	10.9
DEFICIENTE	173	88.7	7	100.0	180	89.1
TOTAL	195	100.0	7	100.0	202	100.0

FUENTE: Encuesta PCHE aplicado en el servicio de Gineco - Obstetricia del H.R.M.N.B. – Puno 2016.

En la tabla se aprecia la superioridad de la categoría deficiente con un 88.7% en la especialidad de Obstetricia y un 100.0% en Ginecología. Y el 11.3% percibe como regular la disposición para la atención en la especialidad de Obstetricia.

Los resultados globales muestran que el 89.1% de las usuarias del servicio de Gineco - obstetricia perciben la disposición para la atención como deficiente; y el 10.9% lo percibe como regular.

OE4.1

TABLA 5

EDAD DE LAS USUARIAS DEL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO, 2016.

ESPECIALIDAD DEL SERVICIO EDAD	OBSTETRICIA		GINECOLOGÍA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 a 22 años.	57	29.2	1	14.3	58	28.7
23 a 30 años.	88	45.1	2	28.6	90	44.5
31 a 38 años.	42	21.5	2	28.6	44	21.8
39 a 45 años.	8	4.1	0	0.0	8	3.9
>46 años.	0	0.0	2	28.6	2	0.9
TOTAL	195	100.0	7	100.0	202	100.0

FUENTE: Encuesta PCHE aplicado en el servicio de Gineco - Obstetricia del H.R.M.N.B. – Puno 2016.

En la tabla se observa que en la especialidad de Obstetricia el 45.1% de las usuarias tienen una edad promedio de 23 a 30 años y en Ginecología el 28.6% de igual manera; el 29.2% Obstetricia y el 14.3% de Ginecología representan una edad de 15 a 22 años de edad y el 4.1% corresponde a la edad de 39 a 45 años en el servicio de obstetricia.

Los resultados globales muestran que en el servicio de Gineco – Obstetricia el 44.5% de la población en estudio se encuentra en una edad promedio de 23 a 30 años de edad correspondiente a adultas jóvenes en edad fértil; el 28.7% en una edad de 15 a 22 años de edad correspondiente en su mayoría a adolescentes y 0.9 % corresponde a usuarias > de 46 años de edad.

OE4.2

TABLA 6

**ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS DEL SERVICIO DE GINECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN -
PUNO, 2016.**

ESPECIALIDAD DEL SERVICIO ESTADO CIVIL	OBSTETRICIA		GINECOLOGÍA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera.	12	6.1	2	28.6	14	6.9
Conviviente.	157	80.5	5	71.4	162	80.2
Casada.	26	13.3	0	0.0	26	12.9
Divorciada.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Viuda.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	195	100.0	7	100.0	202	100.0

FUENTE: Encuesta PCHE aplicado en el servicio de Gineco - Obstetricia del H.R.M.N.B. - Puno 2016.

En la tabla se aprecia resultados sobresalientes en la especialidad de Obstetricia, donde el 80.5% son convivientes y el 13.3% son casadas, en tanto en Ginecología un 71.4% son convivientes y el 28.6% son solteras.

Los resultados globales muestran que en el servicio de Gineco - Obstetricia el 80.2% de la población en estudio conviven con sus parejas, 12.9% son casadas y el 6.9% corresponden a usuarias solteras.

OE4.3

TABLA 7

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS USUARIAS DEL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO, 2016.

ESPECIALIDAD DEL SERVICIO GRADO DE INSTRUCCIÓN	OBSTETRICIA		GINECOLOGÍA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Primaria completa.	15	7.7	1	14.3	16	7.9
Primaria incompleta.	6	3.0	0	0.0	6	2.9
Secundaria completa.	97	49.7	3	42.8	100	49.5
Secundaria incompleta.	24	12.3	0	0.0	24	11.9
Superior.	53	27.2	3	42.8	56	27.7
TOTAL	195	100.0	7	100.0	202	100.0

FUENTE: Encuesta PCHE aplicado en el servicio de Gineco - Obstetricia del H.R.M.N.B. – Puno 2016.

En la tabla se observa que, en la especialidad de Obstetricia el 49.7% de las usuarias culminaron sus estudios secundarios y el 27.2% posee estudios superiores, en tanto en Ginecología un 42.8% culminó sus estudios secundarios y con un igual porcentaje sus estudios superiores.

Los resultados globales muestran que en el servicio de Gineco – Obstetricia el 49.5% de la población en estudio culminó sus estudios secundarios, el 27.7% posee estudios superiores ya sea técnicos o profesionales; y el 2.9% de las usuarias no culminó sus estudios primarios.

OE4.4

TABLA 8

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS USUARIAS DEL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO, 2016.

ESPECIALIDAD DEL SERVICIO LUGAR DE PROCEDENCIA	OBSTETRICIA		GINECOLOGÍA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Área rural	42	21.5	2	28.6	44	21.8
Área periurbana.	35	17.9	1	14.3	36	17.8
Área urbana	118	60.5	4	57.1	122	60.4
TOTAL	195	100.0	7	100.0	202	100.0

FUENTE: Encuesta PCHE aplicado en el servicio de Gineco - Obstetricia del H.R.M.N.B. – Puno 2016.

En la tabla se observa resultados preponderantes en la especialidad de Obstetricia donde el 60.5% de las usuarias proviene del área urbana y el 21.5% del área rural, en tanto en Ginecología el 57.1% proviene del área urbana y el 28.6% de área rural.

Los resultados globales muestran que en el servicio de Gineco - Obstetricia el 60.4% de la población de estudio radican en el área urbana, el 21.8 en el área periurbana y el 17.8 corresponden al área rural.

OE4.5

TABLA 9

CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN DE LAS USUARIAS DEL SERVICIO DE GINECO -OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO, 2016.

ESPECIALIDAD DEL SERVICIO GRADO DE INSTRUCCIÓN	OBSTETRICIA		GINECOLOGÍA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Parto eutócico /distócico.	130	66.7	0	0.0	130	64.3
Patología asociada al embarazo.	55	28.2	0	0.0	55	27.2
Patología asociada al puerperio.	10	5.1	0	0.0	10	4.9
Patología ginecológica.	0	0.0	7	100.0	7	3.5
TOTAL	195	100.0	7	100.0	202	100.0

FUENTE: Encuesta PCHE aplicado en el servicio de Gineco - Obstetricia del H.R.M.N.B. – Puno 2016.

En la tabla se aprecia resultados predominantes la especialidad de Obstetricia donde el 66.7% de las usuarias fueron hospitalizadas por parto eutócico o distócico y el 28.2% por patologías asociadas al embarazo y un 5.1% por patologías asociadas al puerperio, en tanto en el servicio de ginecología el 100.0% fue hospitalizada por patología ginecológica.

Los resultados globales muestran que en el servicio de Gineco – Obstetricia el 64.3% de la población en estudio fue hospitalizada por parto eutócico y/o distócico, las patologías asociadas al embarazo son mayores que las asociadas al puerperio con un 27.2% y con un 3.5% por alguna patología ginecológica.

4.2. DISCUSIÓN

La percepción de las usuarias sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de Gineco - Obstetricia es deficiente. Dichos resultados se asemejan a los de Espinoza et al que realizaron un estudio con la finalidad de determinar la percepción del cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan de EsSalud Huacho en el 2010, donde determinó que existe una percepción muy baja del cuidado que realiza el profesional de enfermería en favor de los pacientes, percepción basada en el hecho de que solo algunas veces se aplican los criterios para un cuidado humanizado y una adecuada calidad en la atención. De igual manera el estudio de Puma y Pandia concluye en que existe una diferencia en la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería; ya que en el hospital de Apoyo Ilave alcanzan el nivel regular y en el hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri- Puno alcanzan un nivel deficiente. Por otro lado, los resultados distan de Romero et al, que obtuvieron resultados satisfactorios con respecto a la percepción de comportamientos humanizados por parte del profesional de enfermería en una institución hospitalaria en la ciudad de Cartagena, Colombia, encontrándose una mejor percepción en relación a priorizar al ser de cuidado, dar apoyo emocional, las características personales y cualidades del hacer. De igual manera Miranda et al efectuó un estudio para determinar la percepción que tiene los pacientes hospitalizados en el sub departamento de medicina del Hospital Base Valdivia de Chile donde exponen que la mayoría de los encuestados (86%) perciben siempre un trato humanizado por parte de los profesionales de enfermería, lo que contribuyó una retroalimentación positiva para el personal que labora en la unidad, para fortalecer su desempeño y la motivación para cuidar. Así también, Rivera y Triada describe la percepción global del cuidado humanizado de enfermería, de parte de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country, con una frecuencia y porcentaje de siempre 86,7%. Los principales supuestos de Watson manifiestan que el cuidado es el eje central de la enfermería, constituido por elementos asistenciales que

satisfacen determinadas necesidades humanas y que se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal, además el cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Para Marriner el cuidado humanizado reúne actos como: pensar, ser, hacer, lo que involucra tanto al ser que es estudiado, como al profesional que lo cuida, dando importancia a la esencia del ser humano como ser único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger, es decir, la comprensión del ser humano como un ser integral. Y frente a los resultados obtenidos, se puede apreciar que los usuarios hospitalizados son afectados por el nuevo entorno al cual ingresan y las nuevas experiencias que experimentan al convertirse en madres en este caso; en este sentido su estado de ánimo, el carácter, el autoestima se ven comprometidos, por consecuencia ellos requieren un cuidado que no solo implique la satisfacción de necesidades físicas si no también emocionales, psicológicas; tanto al usuario como a su entorno familiar para brindar una buena calidad de atención de salud. Actualmente se ha priorizado la tecnificación y conocimientos teóricos que son elementos importantes en la atención en salud, pero no son suficientes si se vulneran los derechos de los usuarios a un trato humano y digno. Existen ciertas situaciones en donde, el profesional de enfermería no se abastece con la cantidad de pacientes que tiene a su cargo, ya que la institución es pública y de referencia, por ende la demanda de pacientes en labor de parto, con alguna patología asociada al embarazo, al puerperio o ginecológica son numerosas y de emergencia; las usuarias que acuden a dicho hospital por lo general son provenientes de la zona rural y periurbana y por lo mismo de una condición socioeconómica baja, de igual manera el idioma podría conllevar a una barrera entre los profesionales de salud y el paciente, manifestado con un trato frío y despreocupado lo que se evidencia con insatisfacción de los servicios de salud, menor productividad, eficiencia y eficacia disminuida del profesional y deficiente calidad de atención, entre otros. Dichos planteamientos son fundamentados por Donabedian que indica que, calidad es entendida como el proceso permanente de mejoramiento continuo, con alto valor agregado que

superan las expectativas del cliente, a través de la aplicación de conocimientos y tecnologías, más avanzadas, tomando en cuenta los requerimientos de los pacientes; así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución de acuerdo a los valores imperantes los cuales se hacen evidentes a través de la atención oportuna, continua y fundamentalmente que esta sea humanizada. Los resultados obtenidos pueden sustentarse por la condición crítica en la que se encuentran las usuarias en labor de parto por el dolor de las contracciones, el desequilibrio hormonal, el cambio constante de emociones y la corta estancia hospitalaria lo que pudo contribuir a que las usuarias perciban como deficiente el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería.

En la dimensión del hacer de enfermería se obtuvo que la mayoría de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia percibieron dichas cualidades como deficiente; dicho resultado dista al estudio de Gonzales y Quintero que realizaron un estudio con la finalidad de conocer la percepción de comportamientos humanizados en el servicio de urgencias de Gineco-Obstetricia de la Clínica de Salud Coop de Veraguas, donde el 78% siempre percibió dichas cualidades como buenas. De igual manera, en el estudio de Rivera y Triada en la Clínica Contry Colombia, donde el 89.4% perciben dichas cualidades como bueno. Así también, el estudio de Espinoza et al en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan de EsSalud Huacho en el 2010 concluye en que el 32.2% percibieron dichas cualidades como regular. De igual manera el estudio de Acosta et al en una Institucion Publica de Salud de tercer nivel en Cartagena obtuvo que el 67,8% siempre percibe las cualidades de la enfermera como buena. La categoría cualidades del hacer de la enfermera(o) hace alusión a la actuación y las buenas practicas al momento de ejercer del profesional de enfermería, cuando se habla de las cualidades de la enfermera no solo se hace referencia a los conocimientos, desempeño de sus labores como profesional y el liderazgo que ejerce el enfermero sino también a la interrelación con sus compañeros(as) de trabajo y el clima laboral. Estas cualidades se evalúan por medio de los ítems conocimientos y habilidades profesionales, liderazgo en el equipo de trabajo, trabajo en equipo, facilitar el dialogo y la

búsqueda de excelencia del cuidado; pero en el presente estudio el 47.5% de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia percibieron solo algunas veces sentirse bien atendidas cuando dialogan con el profesional de enfermería, el 52.5% algunas veces se sintieron seguros cuando la enfermera estuvo presente, el 65.3% algunas veces le genero confianza el profesional de enfermería y el 59.4% de las usuarias encuestadas percibieron que solo algunas veces el profesional de enfermería demuestra respeto por sus creencias y valores. (ANEXO H) De igual manera, Alvis con respecto a la categoría del hacer de enfermería hace referencia al óptimo desempeño del personal de enfermería identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el diálogo, además su desempeño es profesional en cuanto al conocimiento que refleja en su trabajo, cumple con el deber profesional, reconoce sus debilidades, sigue la indicaciones del tratamiento, brinda apoyo a sus compañeras, trabaja en equipo y, muestra capacidad de liderazgo frente al grupo. En esta categoría se evidencia la acción de una (un) enfermera(o), dentro de una relación interpersonal y transpersonal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo y el medio ambiente laboral, que en las palabras de Jean Watson corresponde a: “cuidado humano que involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus consecuencias”. Contrastando los resultados con el marco teórico, se puede apreciar que a la mayoría de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia no le generan confianza cuando lo cuidan, no son tratadas con amabilidad y no sienten que las atienden bien; las enfermeras son ajenas al dolor físico y emocional que ellas sienten, muestran una actitud rígida creando una brecha que impide que las usuarias manifiesten sus emociones, sus preocupaciones, problemas y dudas en el caso de madres primerizas o poco instruidas. La falta de confianza y amabilidad produce rechazo hacia el profesional de Enfermería viéndolo ajeno a su entorno y realidad, en este sentido los usuarios reconocen la habilidad y conocimiento de las enfermeras, pero considera a la Enfermería como una disciplina dependiente de los médicos,

esto debido a la visión biomédica que tienen de la salud lo que impide su posicionamiento ante la sociedad.

En la dimensión de apertura a la comunicación enfermera (o) – paciente se obtuvo que la mayoría de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia percibieron dicha categoría como deficiente. Los resultados obtenidos difieren a los estudios de Acosta et al en una Institucion Publica de Salud de tercer nivel en Cartagena obtuvo que, una buena comunicacion es la base para toda relación interpersonal eficaz y adquiere un papel muy importante al momento de brindar ayuda al otro, en cuanto a este ítem el 84,4% de los pacientes encuestados siempre percibe que las enfermeras son claras al comunicarse con ellos. Con respecto a la resolución de dudas e inquietudes que tiene el paciente, de lo cual un 63,3% de los encuestados respondió que la enfermera siempre responde a las dudas e inquietudes. Espinoza et al, en su estudio manifiesta que el 30.8% considera como regular la comunicación enfermera (o) – paciente. Según Gonzales Hernández, la categoría de apertura a la comunicación enfermera (o) – paciente es definida como aquellos comportamientos del enfermero(a), de darle información precisa y oportuna a él y a su familia, acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimientos. Referente a los expuesto Watson en su premisa 2 manifiesta que “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”. Ante ello se obtuvieron los siguientes resultados, el 63.4% casi siempre percibieron que el profesional de enfermería les escucho y aclaro sus dudas durante su hospitalización, de igual manera el 67.3% casi siempre percibieron que el profesional de enfermería les respondió con seguridad y claridad a sus dudas; pero el 51.5% solo algunas veces percibieron que la enfermera les facilito el dialogo, a diferencia del 85.6% que refieren que nunca les indicaron su nombre y cargo antes de realizarle algún procedimiento. (ANEXO H) En

este sentido, la enferma ha olvidado que la confianza inicia con el dialogo, el entablar una conversación con el paciente demuestra interés por la persona, al respecto Alvis y Moreno indica que este apoyo percibido por el paciente en la interacción del cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, calor humano en un ambiente tranquilo, cómodo y de confianza, que se evidencia en sentimientos de bienestar para el paciente, y le permite percibir un ambiente familiar, alegre y entretenido. Por el contrario si la enfermera muestra indiferencia en la atención de salud hará sentir a los pacientes desconfianza y miedo lo cual repercutirá decisivamente en el estado de ánimo y es posible que necesite más tiempo para adaptarse a su situación actual lo que evidencia los resultados obtenidos.

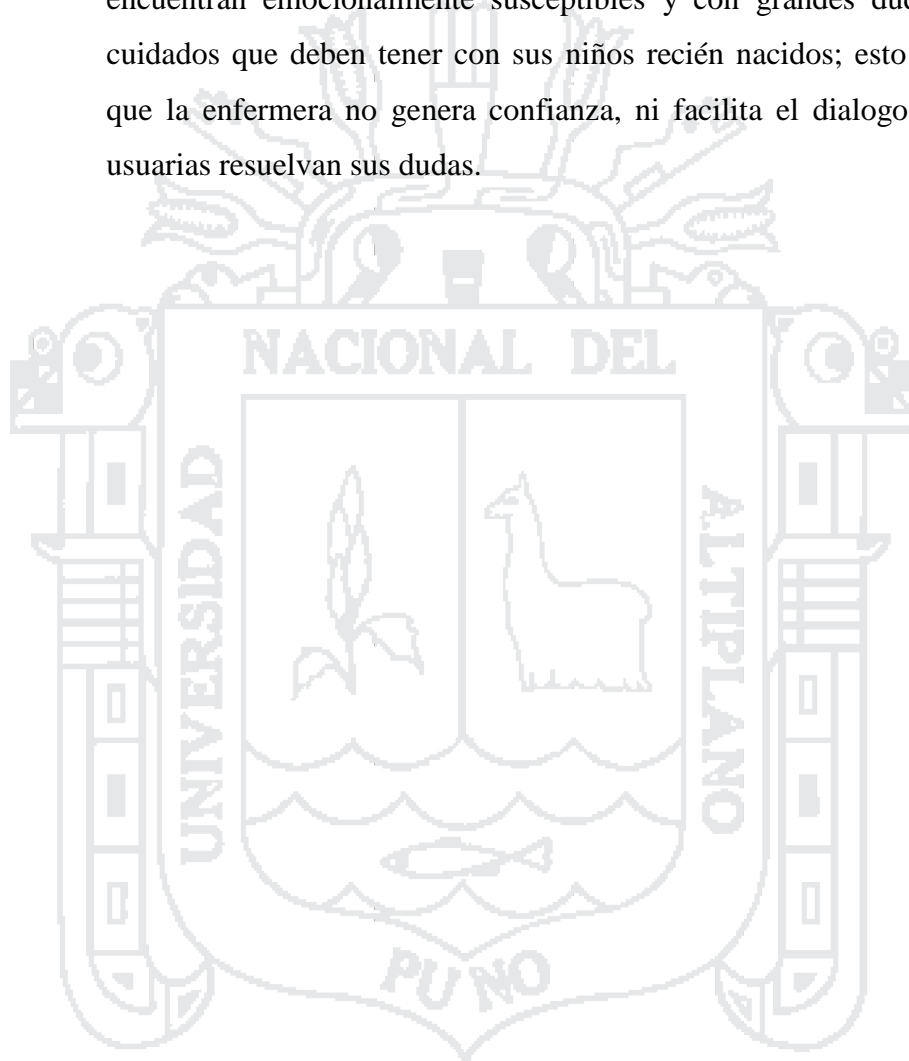
En la dimensión de disposición para la atención se obtuvo que la mayoría de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia percibieran dicha categoría como deficiente. Estos resultados distan del estudio de Gonzales y Quintero en la Clínica de Salud Coop de Veraguas donde evaluaron la disponibilidad con la que cuenta el personal de enfermería para brindar la atención y cuidado humanizado a las pacientes durante su experiencia y obtuvieron los siguientes resultados: el 69% siempre percibieron que existía disponibilidad para la atención. De igual manera, Acosta et al en una Institucion Publica de Salud de tercer nivel en Cartagena concluye que el 65,6% siempre percibieron comportamientos de disponibilidad siempre en un 65,6%. Por otra lado, los resultados obtenidos se asemejan más a los obtenidos por Espinoza et al en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan de EsSalud Huacho en el 2010, donde el 55.4% de los encuestados percibieron como regular la disposición de la atención de la enfermera. La categoría disponibilidad para la atención se refiere a la capacidad que tiene el enfermero(a) para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente; también a la disposición de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y administrar el tratamiento indicado. Los comportamientos de cuidado implícitos en esta categoría nos muestra a la

(el) enfermera(o), atento a detectar el momento de cuidado, en un campo fenomenológico y que según Watson corresponde a la totalidad de la experiencia humana, “una ocasión consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y sentido/significado de las percepciones de uno mismo”. En el presente estudio se obtuvo que el 64.4% casi siempre percibieron que les administraron los medicamentos a tiempo, de igual manera el 73.3% casi siempre demostraron que son responsables con la atención que brinda el profesional de enfermería, pero el 44.6% algunas veces percibieron interés por brindarles comodidad durante su hospitalización, el 67.3% algunas veces se sintieron atendidas de forma oportuna con respecto a sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal), el 48.5% algunas veces les indicaron que cuando requieran algo, les puede llamar, y de igual manera el 55.4% algunas veces les manifestó que están pendientes a sus necesidades (ANEXO H). Frente a los resultados obtenidos, en donde la mayoría de las usuarias percibieron como deficiente la disposición de atención por parte del profesional de enfermería, ello porque la enfermera no suele preguntar como esta, como se siente el usuario, tampoco está pendiente a sus necesidades y por lo general no acude con rapidez al llamado del usuario causando un distanciamiento entre la enfermera (o) paciente por la gran cantidad de usuarias hospitalizadas que tiene a su cargo y las diversas actividades administrativas que tiene que realizar (documentación, ingresos, egresos, notas de enfermería, entre otros)

Dentro de las características sociodemográficas, se consideró la edad que es definida como el tiempo que ha vivido una persona, y en el presente trabajo de investigación la mayoría de la población en estudio se encuentra en una edad promedio de 23 a 30 años de edad correspondiente a adultas jóvenes en edad fértil, esta etapa se caracteriza por la resolución de retos importantes como el éxito profesional, la elección de pareja y la consolidación del matrimonio existiendo la posibilidad de convertirse en padres esto tiene relación con el presente estudio con respecto al estado civil donde la mayoría de las usuarias conviven con sus parejas y menos de

la quinta parte son casadas y con respecto a los estudios secundarios la mitad de ellos los culminaron y la quinta parte posee estudios superiores; por otro lado, también se identificó usuarias con una edad promedio de 15 a 22 años de edad correspondiente en su mayoría a adolescentes, y según el INEI el embarazo en adolescentes de 15 años subió de 1,0 % a 1,9 %, entre 2000 y 2014, en las de 16 años aumentó de 4,7 % a 5,4 %, y en las de mayor edad pasó de 22,3 % a 26,7 % lo que se asemeja con el presente estudio; y una pequeña parte corresponde a usuarias mayores de 46 años de edad en este estudio dicha edad está relacionada con las patologías ginecológicas como: miomas, endometriosis, síndrome de ovario poliquístico, etc. Por otro lado, más de la mitad de la población en estudio proviene del área urbana que se caracteriza por el elevado número de habitantes con alta densidad poblacional, la presencia de una gran variedad de infraestructuras y el desarrollo de los sectores económicos secundario y terciario; por otro lado una minoría proviene del área rural que se caracteriza por una menor población, donde las principales actividades económicas son la agricultura, ganadería, pesca etc., además de que presentan una cultura inmemorable de quechuas y aymaras; las que propiciaron un patrimonio incomparable de costumbres, ritos y creencias, que según la percepción de las usuarias, el profesional de enfermería no respeta y toma en cuenta, el cual crea una barrera entre enfermera (o) – paciente. Finalmente con respecto a las causas de hospitalización más de la mitad de la población en estudio fue hospitalizada por parto eutócico y/o distócico, lo que indica que no hubo ninguna complicación en caso del parto eutócico a diferencia de parto distócico en donde es necesario la intervención quirúrgica como son las cesarías que son muy comunes en el servicio de Gineco - Obstetricia a diferencia del estudio de Gonzales y Quintero donde el diagnóstico clínico relevante fue post parto normal; también se presentaron patologías asociadas al embarazo que son mayores que las asociadas al puerperio, estas patologías son principalmente la preclamsia, infecciones del tracto urinario, desprendimiento prematuro de placenta, abortos espontáneos entre otros y en el caso de patologías asociadas al puerperio predomina la eclampsia, infecciones puerperales.

Ante cualquier tipo de patología ginecológica y/o obstétrica el profesional de enfermería debe brindar sus cuidados orientados a la pronta recuperación de las usuarias, dichos cuidados si bien deben satisfacer las necesidades físicas de igual manera las psicológicas y emocionales tanto a la paciente como a al esposo ya que se trata de pacientes puérperas que se encuentran emocionalmente susceptibles y con grandes dudas sobre los cuidados que deben tener con sus niños recién nacidos; esto no ocurre ya que la enfermera no genera confianza, ni facilita el dialogo para que las usuarias resuelvan sus dudas.



V. CONCLUSIONES

PRIMERA

La percepción de las usuarias sobre el cuidado humanizado que brinda el Profesional de Enfermería en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno es deficiente porque no cumple eficazmente los criterios de las cualidades de enfermería, apertura a la comunicación enferma (o) – paciente y disponibilidad para la atención.

SEGUNDA

La percepción del cuidado humanizado según las cualidades del hacer de enfermería en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno es deficiente porque la enfermera no logra eficazmente que el paciente experimente sensaciones de bienestar, confianza y seguridad y no siempre muestra respeto por las creencias y valores.

TERCERA

La percepción del cuidado humanizado según la apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno es deficiente porque la enferma no dedica tiempo al dialogo y la escucha activa.

CUARTA

La percepción del cuidado humanizado según la disposición para la atención en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno es deficiente porque la enfermera no muestra disponibilidad para brindar cuidados integrales a las usuarias.

QUINTA

En las características sociodemográficas de la población en estudio se aprecia que en su mayoría las usuarias del servicio de Gineco- Obstetricia estuvieron en una edad promedio de 23 a 30 años, tienen un estado civil de convivientes, estudiaron hasta secundaria completa, provienen del área urbana y la causa de hospitalización que prevalece es el parto eutócico/ distócico.

VI. RECOMENDACIONES

A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO.

- A partir de los resultados obtenidos y enviados a al comité de calidad del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno se sugiere supervisar los programas que apoyan los objetivos institucionales y que enfatizan la mejora de la calidad de atención brindando un cuidado humanizado.

A LA JEFATURA DE ENFERMERÍA

- Coordinar con la Unidad de Gestión de la Calidad y la Unidad de Capacitación para que puedan realizar talleres donde se fortalezca y optimice las capacidades del potencial humano en lo referente al cuidado humano y holístico que brinda el profesional de Enfermería, especialmente en las dimensiones de: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermero (a)- paciente y disposición para la atención.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA.

- Mediante capacitaciones y talleres en coordinación con la Unidad de Capacitación se recomienda lo siguiente:
 - Para fortalecer las cualidades del hacer de enfermería brindar un trato amable y cordial, respetando las creencias y valores de los usuarios y hablando con tono de voz pausado con la finalidad de que el usuario experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera (o) – paciente.
 - Con respecto a la apertura a la comunicación enfermera (o) – paciente se recomienda facilitar el dialogo, escuchar y aclarar las dudas de los usuarios, indicar su nombre y cargo antes de realizar algún procedimientos e indicar los cuidados que debe tener con respecto a su salud de forma oportuna, con la finalidad de mejorar las habilidades comunicativas que posibilitan la escucha activa, el dialogo, la presencia y la comprensión de quien es cuidado.

- Para mejorar la disponibilidad para la atención se sugiere demostrar interés por brindar comodidad a los usuarios durante su hospitalización, dedicar el tiempo requerido para su atención, manifestar que están pendientes de los usuarios, preguntar y mostrar preocupación por su estado de ánimo, permitir que el usuario exprese sus sentimientos, emociones y preocupaciones, responder oportunamente al llamado y ser responsables con la atención que brindan, con la finalidad de fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

- A los docentes de la Facultad de Enfermería se les recomienda enfatizar en la práctica clínica los principios bioéticos, a fin de brindar una formación basada en valores y rescatando el aspecto humanístico, espiritual y transpersonal en la formación de los futuros profesionales de la salud.
- Promover investigaciones sobre calidad de atención para proponer mejoras en la formación académica de los profesionales de la salud y estudiar la relación entre la vocación y el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urra M, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cien. Enf. [En línea]; 2011 [citado 2016 Abril 04] Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002
2. Congreso de la Colombia. Disposiciones en materia de responsabilidad deontologica para el ejercicio de la profesion de Enfermeria. [En linea]; 2004 [citado 2016 Abril 04] Disponible en:
http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
3. Quero M, Molina N. Humanización de los Cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga; 2010.
4. Espinoza L, et al. El cuidado humanizado y la percepción del paciente. Rev. Esp. 2010 Octubre; 13(05).
5. Puma L, Pandía D. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en los hospitales de apoyo, Ilave y San Juan de Dios- Ayaviri. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería] Universidad Nacional del Altiplano. Puno; 2013.
6. Medina G. Relación de percepción del paciente y calidad de la interacción según la Teoría de Peplau, Hospital 2 de Mayo. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional del Callao. Lima. 2006.
7. Acosta A, Mendoza C, Morales K, Quiñonez A. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería]. Cartagena. Corporación Universitaria Rafael Núñez; 2013.
8. Gonzales J, Quintero D. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de Gineco - Obstetricia de una institución de II y III de nivel de atención de la clínica de Salud Coop de Veraguas. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería]. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
9. Romero E, Contreras I, Pérez Y, Moncada A, Jiménez V. Cuidado Humanizado de Enfermería en pacientes hospitalizados. Rev. cienc. biomed. 2013; 4(1).
10. Miranda P, Monje P, Oyarzun J. Percepción de cuidado humanizado en el

- servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería]. Universidad Austral de Chile; 2014.
11. Figueroa C. Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familia cuidados en el hospital III Goyeneche. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería] Universidad Nacional San Agustín. Arequipa; 2011.
 12. Poletti R. Cuidados de enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Barcelona: Ediciones rol; 1980.
 13. Cohen J. Dos retratos de cuidado: Una comparación del artista Leininger y Watson. *Revista de Enfermería Avanzada*; 1991.
 14. Arista G. Interacción enfermera paciente en el servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería] UNMSM. Lima-Perú; 2004.
 15. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 8° Edición. España: Editorial Elsevier; 2014.
 16. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 5° Edición. Madrid: Editorial Harcourt Brace; 1993.
 17. Benavente G. Fundamentos de enfermería: desde el origen de la enfermería a la disciplina enfermera. Modelos de cuidados. *Enfermería 21*. España; 2005.
 18. Ministerio de salud. Reglamento de Ley del Trabajo de la Enfermera (o). [En línea]; 2004 [Citado 2016 Abril 04] Disponible en:
http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/normasLegales/DS_004_2002_SA.pdf
 19. Asociación Peruana de y Facultades y Escuelas de Enfermería- ASPEFEEN. Proceso de acreditación de las Facultades y Escuelas de Enfermería. Perú. [En Línea]; 2013 [Citado 2016 Abril 16] Disponible en:
<http://www.aspefeen.org.pe/acredita/resultados/index.php>
 20. Colliere M. Promover la vida. 2° Edición. Editorial McGraw-Hill. España; 2009.
 21. Ariza C. Es posible humanizar a la atención de enfermería al paciente en estado crítico. *Actual enfermería*. 2° Edición. Editorial Mosby/Doyma. Madrid; 1998.
 22. Benavente G. Fundamentos de enfermería: desde el origen de la enfermería a la disciplina enfermera. Modelos de cuidados. *Enfermería 21*. España; 2005.

23. Torres A. Experiencias de conceptualización de Enfermería, la experiencia de conceptualización en la Facultad de Enfermería. 2° Edición. Editorial Ceja. Bogotá; 2001. P. 15.
24. Patterson J, Zderad J. Enfermería humanista: Asociación nacional de Enfermería. Vol. 19. N° 65. New York; 2006. P. 435.
25. Watson J. La preocupación de la teoría: retrospectiva y prospectiva. Ciencia de enfermería trimestralmente; 1997.
26. Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [En Línea]; 2007. [Acceso 2016 Abril 04] Disponible en:
https://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson
27. Walker CA. Combinando las teorías de dos enfermeras visionarias: Parse y Watson. Rev. de Enf.; 1996.
28. González O. Validez y confiabilidad del instrumento “percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE Clínica Country 3° versión” [Tesis para optar el título de Magister en Enfermería] Universidad Nacional de Colombia. Bogotá; 2014.
29. Diccionario de las ciencias de la educación. 2° Edición. Editorial Santillana. Madrid; 2003.
30. Warren H. Diccionario de psicología. Fondo de cultura Mexicana. México; 1998.
31. Franco R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de Enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos en el HNERM. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería] UNMSM. Lima; 2013.
32. Rivera L. Cuidado humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica en la clínica del Country. Avances de enfermería. Volumen 25. N° 1. Bogotá; 2007.
33. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda ed. Whashington D. C.: PALTEX N°35; 1994.



ANEXOS



ANEXO A

VARIABLES Y SU OPERALIZACIÓN

➤ IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE: Percepción de los usuarios sobre el cuidado Humanizado que brinda el Profesional de Enfermería.

➤ OPERALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ÍNDICE
<p>Cuidado Humanizado que brinda el Profesional de Enfermería desde la percepción de los usuarios.</p> <p>Proceso subjetivo mediante el cual el paciente expresa la forma como recibe el cuidado humanizado.</p>	<p>Cualidades del hacer de enfermería.</p>	Le hacen sentir como una persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre. • Casi siempre. 	4
		Le tratan con amabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas veces. • Nunca. 	3
		Le hacen sentir bien atendido cuando dialogan con usted.		2
		El personal de enfermería le hace sentir tranquilo (a), cuando esta con usted.		1
		Le generan confianza cuando lo (la) cuidan.		
		Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado.		
		Le demuestran respeto por sus creencias y valores.		
	<p>Apertura a la comunicación enfermera (o) – paciente.</p>	Le miran a los ojos cuando le hablan.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre. • Casi siempre. 	4
		Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes.	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas veces. • Nunca. 	3
		Le facilitan el dialogo.		2
		Le explican previamente los procedimientos.		1
		Le responden con seguridad y claridad sus preguntas.		
		Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos.		
		Le dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna o según lo requiera.		
		Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su salud.		

VAN...

...VIENE

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ÍNDICE
	Disposición para la atención.	Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización	• Siempre.	4
		Le dedican el tiempo requerido para su atención.	• Casi siempre.	3
		Le llaman por su nombre.	• Algunas veces.	2
		Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal).	• Nunca.	1
		Le manifiestan que están pendientes de usted.		
		Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.		
		Responden oportunamente a su llamado.		
		Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual.		
		Le escuchan atentamente.		
		Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.		
		Le brindan un cuidado cálido y delicado.		
		Le ayudan a manejar su dolor físico.		
		Le demuestran que son responsables con su atención.		
		Le respetan sus decisiones.		
		Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar.		
Le respetan su intimidad				
Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico.				

ANEXO B



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**ESCALA PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO
HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN**

ENCUESTA N°:..... SERVICIO: FECHA:

Buenos días Señora, mi persona está realizando un estudio sobre el Cuidado de Enfermería, por lo que solicito su colaboración para responder las siguientes preguntas, le agradezco anticipadamente su participación y le hago presente que la información que usted brinde es estrictamente anónima, por lo que le pido sea lo más sincera posible. Muchas Gracias.

DATOS GENERALES:

A. SEXO:

Femenino () Masculino ()

B. EDAD:

15 a 22 años () 39 a 45 años ()
23 a 30 años () >46 años ()
31 a 38 años ()

C. ESTADO CIVIL:

Soltera () Divorciada ()
Conviviente () Viuda ()
Casada ()

D. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Analfabeta Primaria () Secundaria completa ()
completa Primaria () Secundaria incompleta ()
incompleta () Superior ()

E. LUGAR DE PROCEDENCIA:

Área rural () Área urbana ()
Área periurbana ()

F. CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN:

Parto distócico / eutócico () Patología asociada al puerperio ()
Patología asociada al embarazo () Patología ginecológica ()

ÍTEM	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Le hacen sentir como una persona.				
2. Le tratan con amabilidad y cordialidad.				
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización.				
4. Le miran a los ojos cuando le hablan.				
5. Le escuchan y aclaran sus dudas.				
6. Le hacen sentir bien atendido cuando dialogan con usted.				
7. El personal de enfermería le hace sentir seguro (a), cuando esta con usted.				
8. Le generan confianza cuando la cuidan.				
9. Le facilitan el dialogo.				
10. Le explican previamente los procedimientos que se le va a realizar.				
11. Le responden con seguridad y claridad sus preguntas.				
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos.				
13. Le dedican el tiempo requerido para su atención.				
14. Le indican que cuidados debe tener con respecto a su estado de salud de manera oportuna o según lo requiera.				
15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado.				
16. Le llaman por su nombre.				
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores.				
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal).				

VAN...

...VIENE

ÍTEM	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su salud.				
20. Le manifiestan que están pendientes de usted.				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.				
22. Responden oportunamente a su llamado.				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico psicológico e espiritual. (Dolor, tristeza, sufrimiento, etc.)				
24. Le escuchan atentamente.				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.				
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado.				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico.				
28. Le demuestran que son responsables con su atención.				
29. Respetan sus decisiones.				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar.				
31. Respetan su intimidad.				
32. Le administran a tiempo los medicamentos indicados por el médico.				

ANEXO C

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Tengo a bien saludarlo y al mismo tiempo hacer de conocimiento que la egresada de la Facultad de Enfermería de nuestra casa de estudio, la señorita: Merrillin Beatriz Calsin Churata; está elaborando el proyecto de investigación para optar el título profesional de Licencia en Enfermería, el cual titula: “PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2016”, Y conociendo su trayectoria académica se le solicita su participación como juez experto para la validación del cuestionario “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE 3ª versión”; para lo cual se adjunta resumen del proyecto, instrumento y los criterios de evaluación del mismo. Agradezco anticipadamente su atención al presente.

APRECIACIÓN DEL INSTRUMENTO

N ^a	CRITERIOS	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		SI (1)	NO (0)	
1	El instrumento responde a la justificación del problema.			
2	El instrumento responde a los objetivos a investigar.			
3	El instrumento responde a la operalización de variables.			
4	La estructura que presenta el instrumento es secuencial.			
5	Los términos utilizados son comprensibles.			
6	El lenguaje utilizado se adecua a la población de estudio.			
7	El número de ítems es adecuado.			
8	Se debe incrementar el número de ítems (que y cuantos).			
9	Se debe disminuir el número de ítems (cuales).			
10	Guarda correspondencia la técnica con el instrumento.			

ANEXO D

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO

CONCORDANCIA DE JUECES EXPERTOS MEDIANTE LA PRUEBA BINOMIAL

ÍTEMS	N° DE JUECES EXPERTOS			VALOR DE PUNTAJE SUB TOTAL	PROBABILIDAD VALOR
	1	2	3		
1	1	1	1	3	0.125
2	1	1	1	3	0.125
3	1	1	1	3	0.125
4	1	1	1	3	0.125
5	1	1	1	3	0.125
6	1	1	1	3	0.125
7	1	1	1	3	0.125
8	0	0	0	3	0.125
9	1	1	1	0	0.125
10	0	1	1	2	0.375

En el cuadro se observa que los 10 ítems tienen un P valor <0.5, lo que significa que si existe concordancia entre los jueces expertos.

PORCENTAJE DE ACUERDOS ENTRE JUECES

1. Se contó con la participación de 3 jueces expertos.
2. Se tiene un total de 30 respuestas (10 por cada juez experto), de los cuales 29 son “1”

Se aplica la siguiente formula estadística:

$$B = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Dónde:

B = Grado de concordancia entre jueces expertos.

Ta = N° total de acuerdos.

Td = N° total de desacuerdos.

REEMPLAZANDO

$$B = \frac{29}{29 + 1} \times 100$$

$$B = 96.6$$

El resultado muestra que las apreciaciones de los jueces expertos concuerdan con un 97%.

ANEXO E

**ÍTEMS QUE SE MODIFICARON A SUGERENCIA DE LOS JUECES
EXPERTOS**

N° DE ÍTEM	PROPUESTA DE PCHE 3ª VERSIÓN"	PROPUESTA FINAL DESPUÉS DE LA APRECIACIÓN DE LOS JUICIOS DE EXPERTOS
2	Le tratan con amabilidad	Le tratan con amabilidad y cordialidad.
5	Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes	Le escuchan y aclaran sus dudas.
7	El personal de enfermería le hace sentir tranquilo (a), cuando esta con usted.	El personal de enfermería le hace sentir seguro (a), cuando esta con usted.
10	Le explican previamente los procedimientos.	Le explican previamente los procedimientos que se le va a realizar.
14	Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud.	Le indican que cuidados debe tener con respecto a su estado de salud de manera oportuna o según lo requiera.
23	Identifican sus necesidades de tipo físico psicológico e espiritual.	Identifican sus necesidades de tipo físico psicológico e espiritual. (Dolor, tristeza, sufrimiento, etc.)
32	Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico.	Le administran a tiempo los medicamentos indicados por el médico.

ANEXO F



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, , declaro que se me ha explicado ampliamente sobre el trabajo de investigación titulado “PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO, 2016”, realizado por la estudiante egresada Merrillin Beatriz Calsin Churata de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano. Así mismo tengo entendido que la presente investigación no representa riesgos para mi persona, ni repercutirá negativamente en la atención de salud que vengo recibiendo.

Por lo dicho, “Acepto libremente a participar en la investigación antes mencionada”, como hago constar con mi firma y/o huella digital al pie de este documento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	S. I.	
1	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	1	3	3	3	2	3	2	2	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	72
2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	1	2	3	4	4	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	4	77
3	4	4	2	3	3	3	3	2	2	2	3	1	3	3	4	4	3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	86	
4	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	79	
5	2	3	2	2	3	2	3	2	2	1	2	1	2	2	3	4	3	2	2	1	2	2	3	2	1	3	1	2	3	2	3	3	71	
6	2	2	1	3	3	3	3	2	3	2	3	1	2	2	3	4	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	78	
7	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	75	
8	3	4	3	4	3	3	2	3	2	2	3	1	2	2	3	4	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	84	
9	3	3	3	2	3	3	2	4	3	3	2	1	2	3	2	4	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	82	
10	3	3	2	3	2	2	3	3	4	3	4	1	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	84	
11	4	4	3	2	2	2	2	2	2	4	3	1	4	4	2	4	2	4	3	3	4	4	3	3	2	3	3	3	2	2	3	4	93	
12	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	3	4	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	85	
13	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	1	2	2	3	4	3	4	2	3	4	2	3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	87	
14	3	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3	1	2	2	3	4	2	2	2	1	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	77	
15	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	1	3	2	3	4	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	83	
16	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	1	2	2	3	2	3	2	3	2	3	82	
17	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	1	2	3	4	4	2	3	3	3	3	3	3	4	2	3	4	3	3	3	3	3	89	
18	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	1	2	2	3	4	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	78	
19	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	3	1	3	2	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	78	
20	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	65	
VI	0.40	0.55	0.36	0.46	0.25	0.26	0.26	0.45	0.36	0.46	0.27	0.05	0.35	0.36	0.16	0.34	0.25	0.46	0.19	0.56	0.43	0.64	0.34	0.32	0.32	0.25	0.47	0.13	0.26	0.36	0.25	0.21	43.8	

LEYENDA:



ÍTEM



N^a DE ENCUESTADOS



VARIANZA DE LA SUMATORIA DE ÍTEM



SUMATORIA DE VARIANZA INDIVIDUAL

Para determinar el coeficiente de Alfa de Cronbach se utilizó la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Reemplazando:

Dónde:

α = Coeficiente de Alfa de Cronbach

K = 32 = Número de ítems.

$\sum S_i$ = 10.9 = Sumatoria de varianza de individual.

S_T = 43.8 = Varianza de la sumatoria de ítems.

$$\alpha = \frac{32}{32-1} \left[1 - \frac{10.9^2}{43.8^2} \right]$$

$$\alpha = 0.96$$

ANEXO H

ÍTEMS	NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Le hacen sentir como una persona.	0	0	64	31.7	110	54.5	28	13.9
Le tratan con amabilidad y cordialidad.	0	0	78	38.6	100	49.5	24	11.9
Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización.	8	3.9	90	44.6	88	43.6	16	7.9
Le miran a los ojos cuando le hablan.	4	1.9	70	34.7	116	57.4	12	5.9
Le escuchan y aclaran sus dudas.	0	0	64	31.7	128	63.4	10	4.9
Le hacen sentir bien atendido cuando dialogan con usted.	2	0.9	96	47.5	94	46.5	10	4.9
El personal de enfermería le hace sentir seguro (a), cuando esta con usted.	0	0	106	52.5	86	42.6	10	4.9
Le generan confianza cuando la cuidan.	6	2.9	132	65.3	62	30.7	2	0.9
Le facilitan el dialogo.	4	1.9	104	51.5	90	44.6	4	1.9
Le explican previamente los procedimientos que se le va a realizar.	10	4.9	118	58.4	70	34.7	4	1.9
Le responden con seguridad y claridad sus preguntas.	6	2.9	54	26.7	136	67.3	6	2.9
Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos.	173	85.6	28	13.9	1	0.5	0	0
Le dedican el tiempo requerido para su atención.	4	1.9	120	59.4	76	37.6	2	0.9
Le indican que cuidados debe tener con respecto a su estado de salud de manera oportuna o según lo requiera.	14	6.9	104	51.5	80	39.6	4	1.9
Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado.	4	1.9	52	25.7	142	70.3	4	1.9
Le llaman por su nombre.	2	0.9	10	4.9	66	32.7	124	61.4
Le demuestran respeto por sus creencias y valores.	0	0	120	59.4	82	40.6	0	0
Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal).	8	3.9	136	67.3	54	26.7	4	1.9%
Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su salud.	6	2.9	114	56.4	80	39.6	2	0.9%
Le manifiestan que están pendientes de usted.	32	15.8	112	55.4	54	26.7	4	1.9
Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.	2	0.9	118	58.4	74	36.6	8	3.9
Responden oportunamente a su llamado.	14	6.9	130	64.4	56	27.7	2	0.9

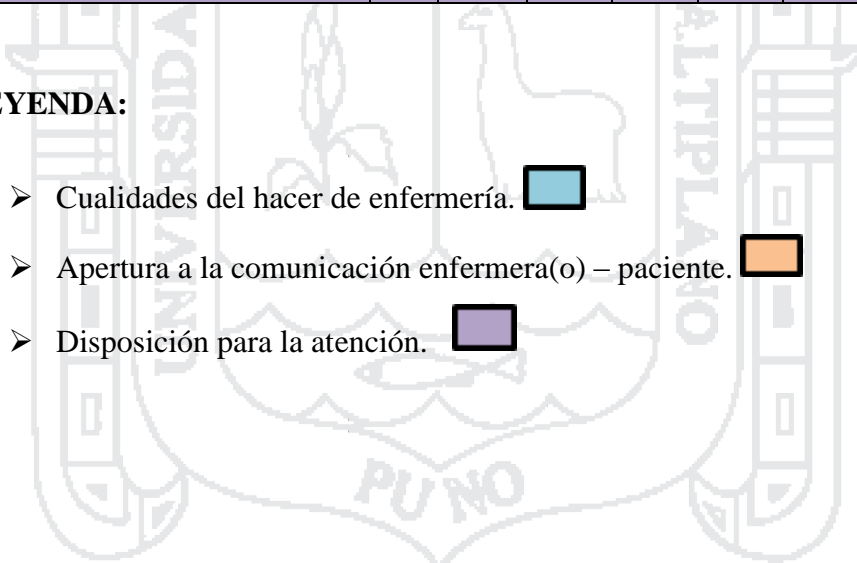
VAN...

... VIENE

ÍTEMS	NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Identifican sus necesidades de tipo físico psicológico e espiritual. (Dolor, tristeza, sufrimiento, etc.)	14	6.9	122	60.4	64	31.7	2	0.9
Le escuchan atentamente.	4	1.9	64	31.7	130	64.4	4	1.9
Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.	12	5.9	132	65.3	58	28.7	0	0
Le brindan un cuidado cálido y delicado.	4	1.9	108	53.5	86	42.6	4	1.9
Le ayudan a manejar su dolor físico.	4	1.9	60	29.7	134	66.3	4	1.9
Le demuestran que son responsables con su atención.	4	1.9	44	21.8	148	73.3	6	2.9
Respetan sus decisiones.	6	2.9	90	44.6	102	50.5	4	1.9
Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar.	24	11.9	98	48.5	76	37.6	4	1.9
Respetan su intimidad.	4	1.9	86	42.6	108	53.5	4	1.9
Le administran a tiempo los medicamentos indicados por el médico.	4	1.9	28	13.9	130	64.4	40	19.8

LEYENDA:

- Cualidades del hacer de enfermería.
- Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente.
- Disposición para la atención.



ANEXO I

Fig. I.1

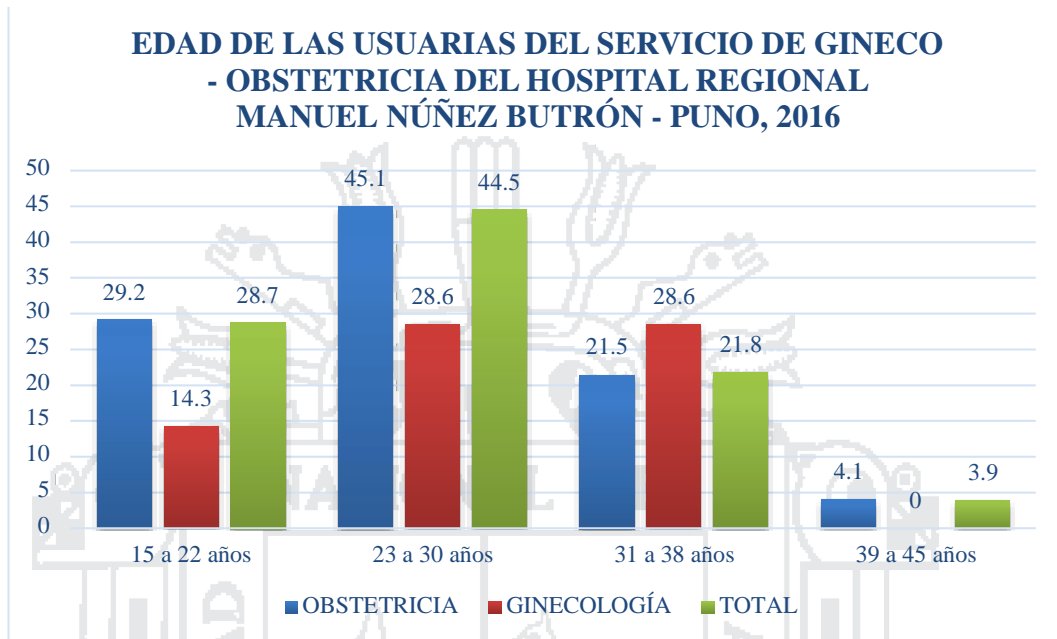


Fig. I.2

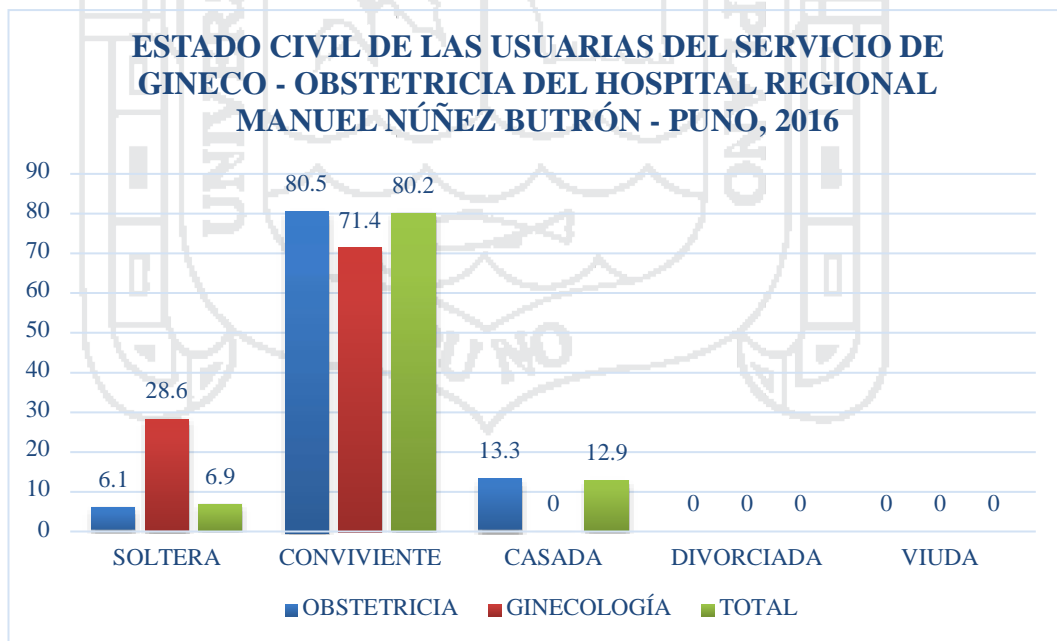


Fig. I.3

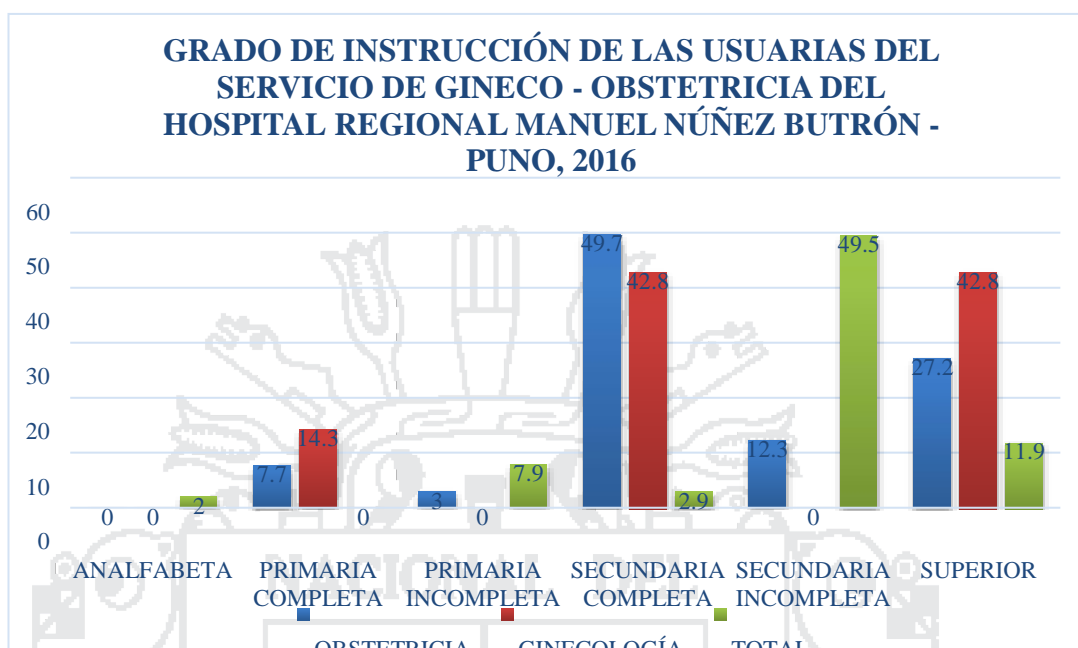


Fig. I.4

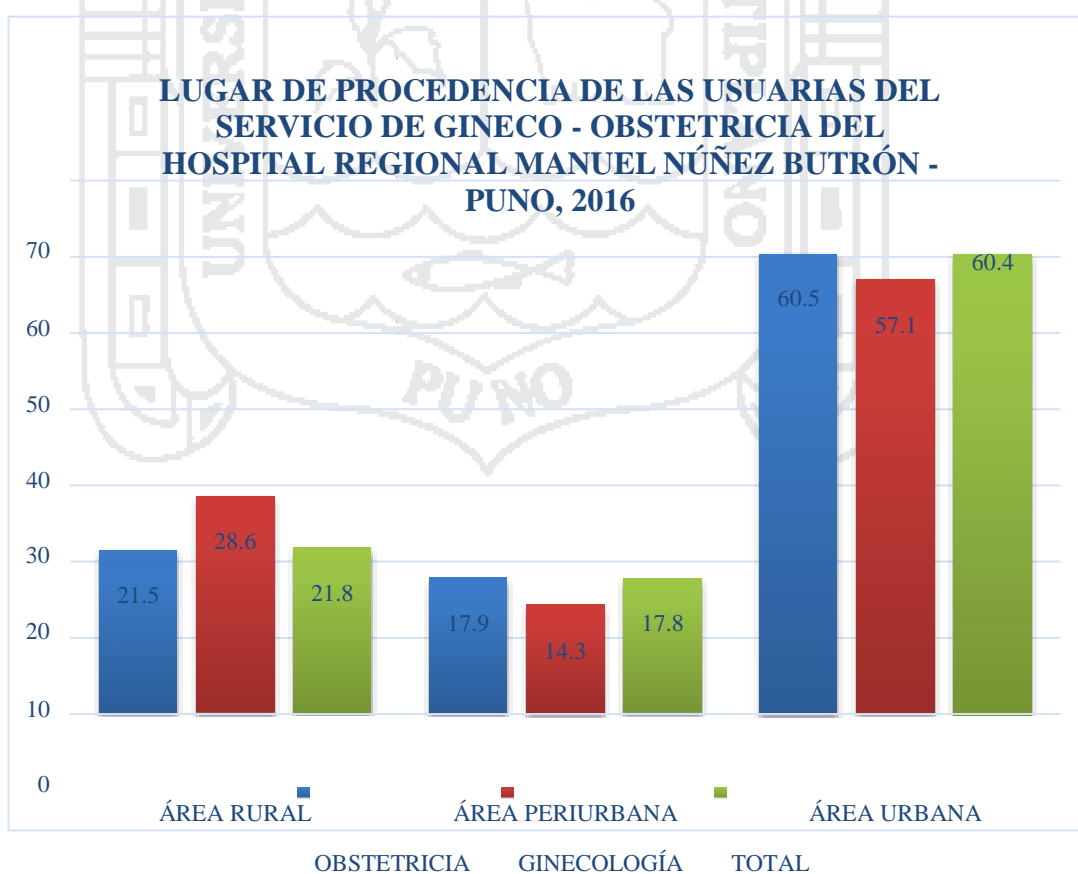


Fig. I.5

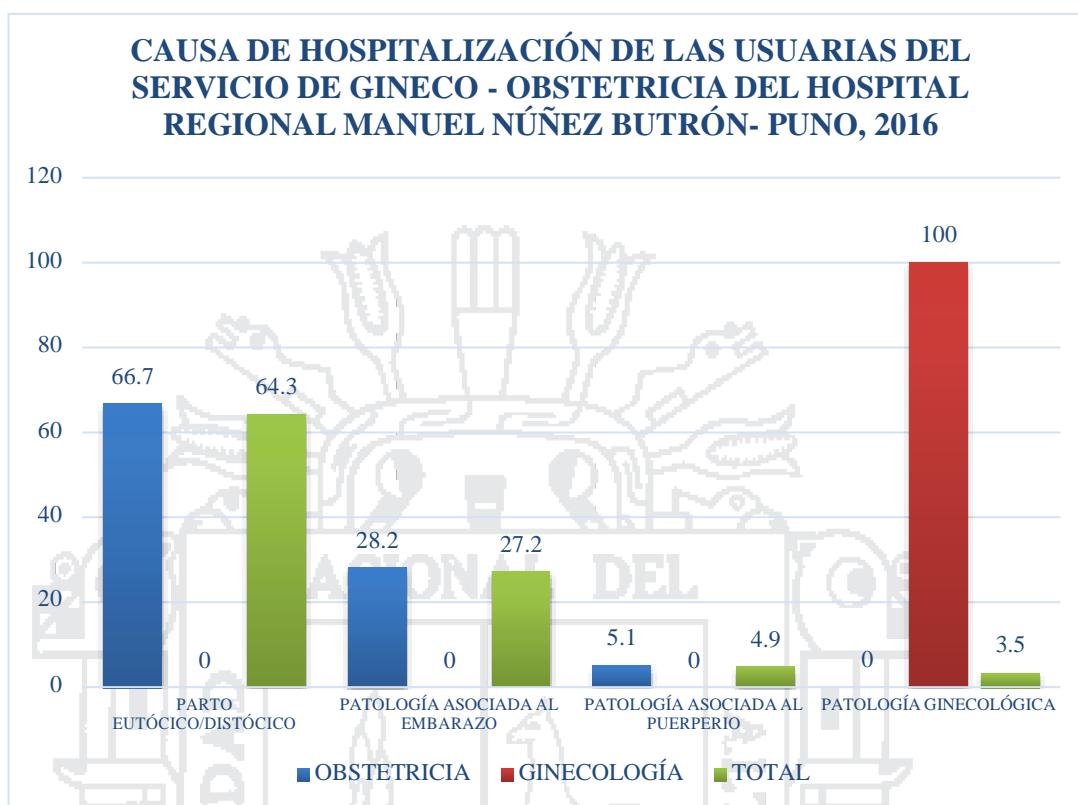


Fig. I.6

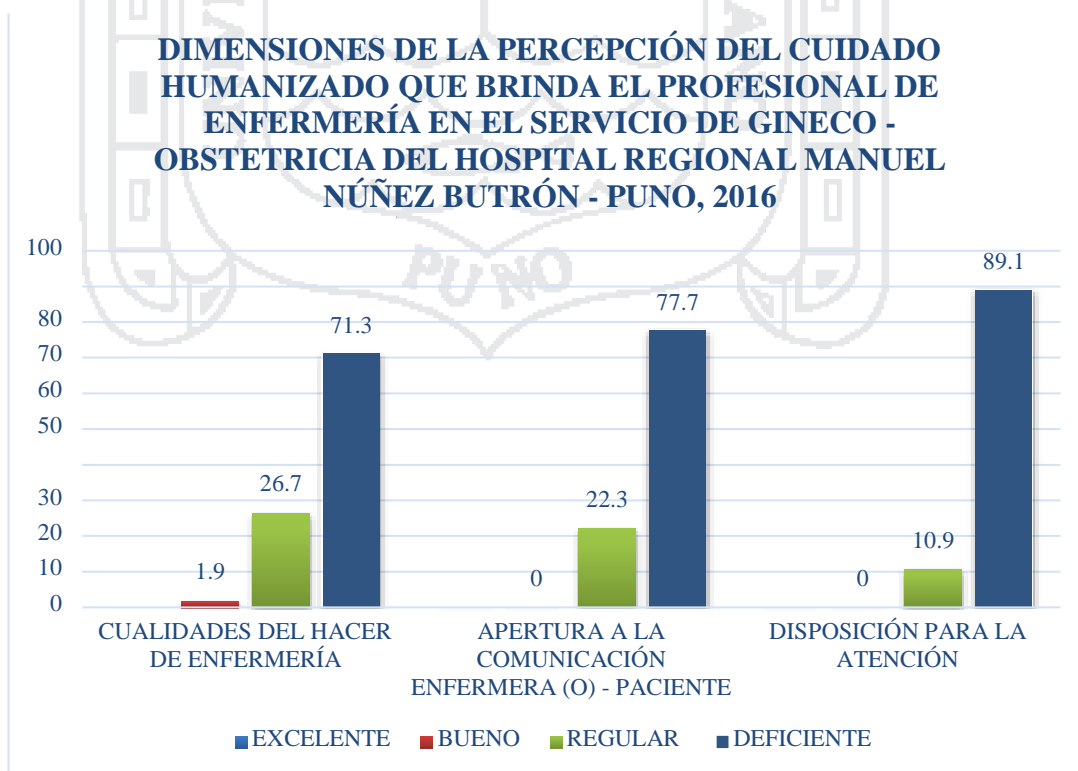
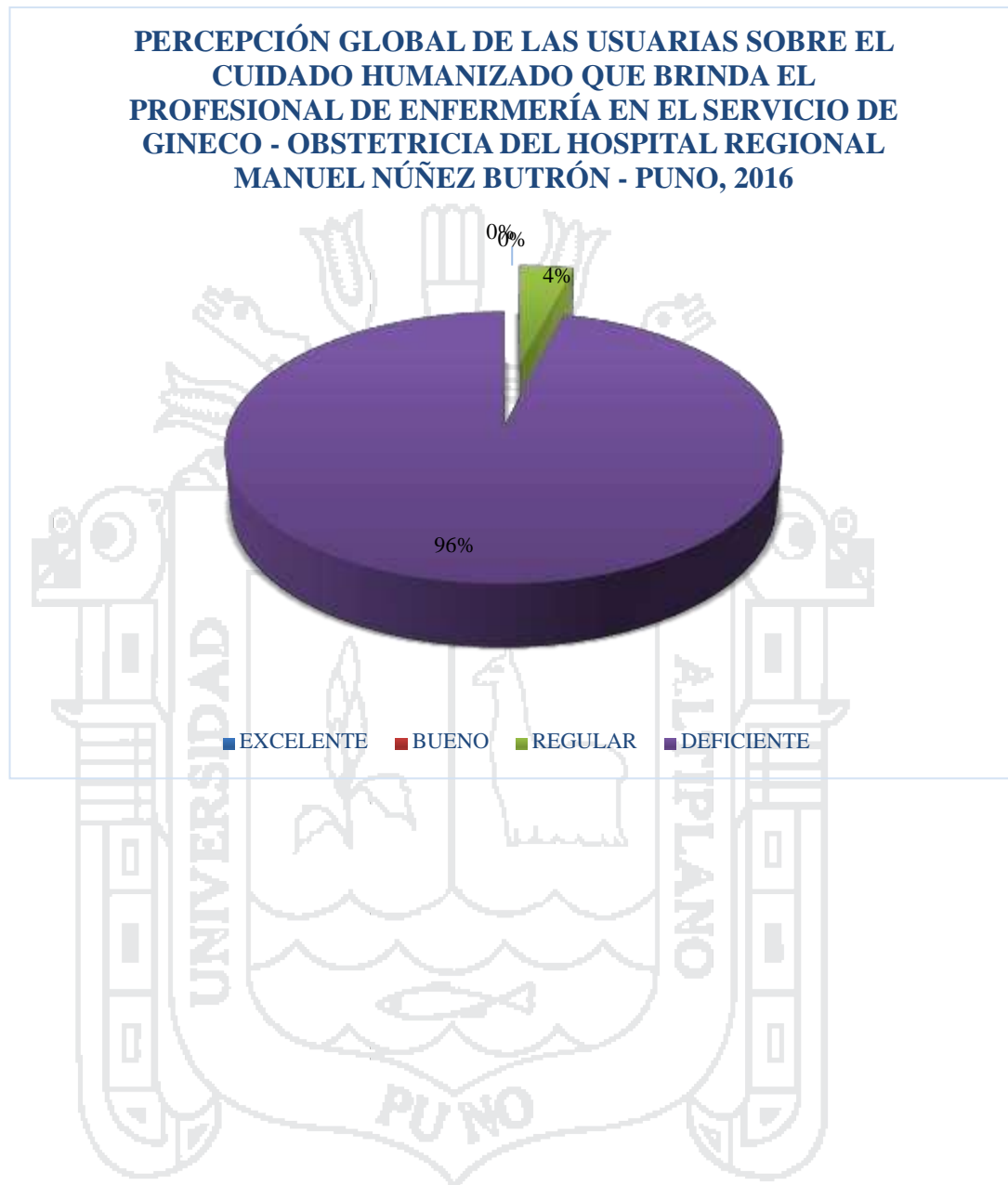


Fig. I.7



ANEXO H

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



FOTOGRAFÍA 1: En la puerta principal del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.



FOTOGRAFÍA 2: En la puerta de hospitalización del servicio de Gineco - Obstetricia.



FOTOGRAFÍA 3: Aplicando la encuesta a una de las usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia, la cual se encuentra acompañada de su esposo.



FOTOGRAFÍA 4: Paciente del servicio de Gineco - Obstetricia, siendo encuestada en compañía de su esposo.



FOTOGRAFÍA 5: Aplicando la encuesta a usuaria del servicio de Gineco - Obstetricia antes de irse de alta.



FOTOGRAFÍA 6: Valorando el diagnóstico médico y días de hospitalización antes de realizar la encuesta en el servicio de Gineco - Obstetricia.



FOTOGRAFÍA 7: Encuestando a usuaria del servicio de Gineco - Obstetricia antes de irse de alta.



FOTOGRAFÍA 8: Usuaria en post operada por cesárea siendo encuestada en el servicio de Gineco - Obstetricia.