

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES
RELACIONADO CON LA CALIDAD DE ATENCION
DE LA ENFERMERA SERVICIO DE CIRUGIA
HOSPITAL II LIMA NORTE, MAYO – 2016**

TESIS

PRESENTADO POR:

Bach. Rosa María Arango Parhuana

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

Asesora: Mg. Sofía Del Carpio Flórez

Lima – Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios, por darme la sabiduría y fortaleza que necesité cada día para poder culminar mi proyecto con éxito.

A mis hijas Elisabeth, Marisol y Jazmín, que fueron la luz que me guio en este camino para poder culminar mi carrera, mi proyecto de grado.

A mi esposo, que me brindó todo su amor, paciencia y colaboración incondicional para poder culminar este proyecto.

A toda mi familia por estar a mi lado cuando los necesite, por su apoyo incondicional.

A mis padres Isaías y Mercedes por el amor, apoyo y comprensión que me brindan para salir adelante.

A mi ángel guardián, mi mamita Rosa, que desde el cielo siempre me acompaña y guía mi camino.

A mis seres queridos, por el inmenso amor que nos une y por su confianza en mí, con todo el corazón, gracias a todos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por los triunfos y por haber puesto en mi camino aquellas personas, que han sido mi soporte y compañía durante todo este periodo.

A mi familia, que me brindó su apoyo y comprensión, de forma incondicional, a lo largo de estos años.

A todos los pacientes, con cariño y eterna gratitud por ser la fortaleza de nuestra profesión.

A mi asesora, Mg. Sofía del Carpio, por depositar su confianza en este proyecto su paciencia y orientación hicieron posible culminar con éxito la última etapa de mi formación profesional.

A todas las docentes de la facultad de enfermería, quienes aportaron sus conocimientos y experiencias durante toda la formación académica.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	12
1.2. Definición del Problema	14
1.2.1. Problema General	14
1.2.2. Problemas Específicos	15
1.3. Objetivos de la Investigación	15
1.3.1. Objetivo General	15
1.3.2. Objetivos Específicos	15
1.4. Finalidad e Importancia	16
CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
2.1. Bases Teóricas	18
2.1.1. Calidad de atención	18
2.1.2. Satisfacción de los pacientes	32
2.1.3 Teoría de enfermería de Virginia Henderson	61
2.2. Estudios Previos	69
2.3. Marco Conceptual	76
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. Formulación de la Hipótesis	79
3.1.1. Hipótesis General	79
3.1.2. Hipótesis Específicas	79
3.2. Identificación de Variables	80

3.2.1. Clasificación de las Variables	80
3.2.2. Definición Conceptual de las Variables	80
3.2.3. Definición Operacional de las Variables	82
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. Descripción del Método y Diseño	83
4.2. Tipo y Nivel de Investigación	84
4.3. Población, Muestra y Muestreo	85
4.4. Consideraciones Éticas	86
CAPÍTULO V: TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
5.1. Técnicas e Instrumentos	88
5.2. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos	90
CAPÍTULO VI: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1. Presentación, Análisis e Interpretación de los Resultados	92
6.2. Conclusiones	115
6.3. Recomendaciones	116
BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXOS	125
Matriz de Consistencia	126
Instrumentos de la Investigación	134

RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y la satisfacción en los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016. En cuanto a la metodología, la investigación es de tipo cuantitativo, con método descriptivo correlacional, mientras que la población estuvo conformada por 107 pacientes y la muestra fue de 84 adultos hospitalizados. Se emplearon como instrumentos de investigación el Cuestionario de Calidad de Atención de Romero (2008) y el Cuestionario de Satisfacción de Urure (2007). Los datos se tabularon y graficaron en Excel, se utilizaron medidas de frecuencias y porcentajes, así como la correlación lineal de Pearson para la contrastación de las hipótesis de estudio.

Los resultados indican que la calidad percibida de la atención que brindan las enfermeras correlaciona con un valor de r igual a 0,794, lo cual indica una relación directa y significativa con la satisfacción de los pacientes, al nivel de $p < 0,01$. Asimismo, se obtuvieron correlaciones significativas entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y cada una de las dimensiones de la variable satisfacción.

Los resultados permiten llegar a la conclusión de que existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras con el nivel de satisfacción en los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte – Año 2016. Asimismo, los resultados muestran que existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras con cada una de las dimensiones de la satisfacción en los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Palabras clave: Satisfacción, calidad, atención de enfermería.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the relationship between the quality of care provided by nurses and the satisfaction of patients in the Surgery service of Hospital II Lima Norte, May - 2016. Regarding the methodology, the research is of a quantitative type, with correlational descriptive method, while the population consisted of 107 patients and the sample was 84 hospitalized adults. The Romero Care Quality Questionnaire (2008) and the Uruce Satisfaction Questionnaire (2007) were used as research instruments. Data were tabulated and plotted in Excel, frequency and percentage measures were used, as well as Pearson's linear correlation for the test hypothesis.

The results indicate that the perceived quality of care provided by nurses correlates with a value of r equal to 0.794, which indicates a direct and significant relationship with patient satisfaction at the level of $p < 0.01$. Likewise, significant correlations were found between the quality of care provided by nurses and each of the dimensions of the satisfaction variable.

The results allow us to conclude that there is a direct relationship between the quality of care provided by nurses and the level of satisfaction of patients in the Surgery service of Hospital II Lima Norte - Year 2016. Likewise, the results show that there is a direct relationship between the quality of care provided by nurses with each of the dimensions of patient satisfaction in the Surgery service of Hospital II Lima Norte, May - 2016.

Key words: Satisfaction, quality, nursing care

INTRODUCCIÓN

Etimológicamente la palabra Calidad proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa “perfección” o “manera de ser”; y Satisfacción procede del latín *satisfacere*, que significa “bastante” (*satis*) y “hacer” (*facere*), es decir, está relacionado con un sentimiento de “estar o sentirse saciado”; ambos conceptos, sin lugar a dudas, cada día toman mayor interés, dedicación y aplicación dentro de la gerencia (Gutiérrez, 2003).

Desde la década de los años 40 con la participación de hombres con dominio en el tema, el concepto de Calidad se convirtió en todo un sistema para definir que si un producto no tenía las características y condiciones para ser usado de manera adecuada automáticamente era considerado de mala calidad, aspecto que tomó gran trascendencia dentro de las empresas e industrias, mientras que el concepto de Satisfacción tiene su origen desde la década de los años 60, cuando el comportamiento de queja por parte de los usuarios despertó mucha preocupación entre los empresarios e investigadores (Chiavenato, 2003).

A nivel de salud, ambos conceptos han tomado interés desde la década de los 80 y 90, cuando el Dr. Avedis Donabedian (1990) los introdujo a las Instituciones de Salud basado en tres pilares fundamentales (Estructura, Procesos, y Resultados), los cuales constituyen la Calidad Asistencial; de allí, ha surgido la creación de instrumentos para medir aspectos relacionados con la calidad de la atención, se ha construido una ruta conceptual que ha permitido la evaluación y mejoramiento continuo de las instituciones, basado en la gestión de la calidad a través de la opinión del usuario, quien es realmente el consumidor del servicio y/o producto final.

En el sector salud al igual que en otros sectores, esta calidad se puede evaluar desde dos perspectivas: subjetiva y objetiva, puesto que ambas, al

ser evaluadas, aportan elementos necesarios para mejorar dicha calidad; en el ámbito de la atención hospitalaria ésta búsqueda de calidad debe regirse principalmente por las exigencias de la normatividad vigente y el desarrollo investigativo; con el fin de que todos los recursos sean movilizados con el objeto de mostrar al usuario un servicio cada vez mejor, puesto que el enfoque de calidad basado en el cliente pone de manifiesto que Calidad no es solamente cumplir con requerimientos técnicos sino llegar a satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, aspecto que solamente tiene sentido si se tiene en cuenta la opinión y se escucha la voz del mismo; Juran (citado por Llinás y Miyahira, 2010) define la calidad como aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias.

No obstante, la literatura manifiesta que la Calidad Percibida y la satisfacción del usuario son fenómenos de particularidad multicausal, multifactorial y subjetiva, situación que, según el Modelo EFQM de Excelencia de la European Foundation for Quality Management, debería tenerse en cuenta la medición y evaluación de dicha calidad sea de forma continua y constante durante todo el año, con el fin de crear la cultura de evaluación de la calidad percibida en las instituciones; de lo contrario, los resultados obtenidos como producto de medición en un lapso de tiempo no podrían ser inferibles al resto de los meses, ni al resto de la población atendida.

Enfermería, como profesión dedicada al cuidado de las experiencias de salud de los seres humanos, posee un rol importante dentro del equipo de salud, puesto que es quien permanece mayor tiempo con el paciente proporcionándole cuidados de Enfermería. En este sentido, Enfermería ha tomado de las ciencias administrativas las herramientas necesarias que le permiten participar dentro de las organizaciones en sus diferentes niveles de gestión (Estratégico, Táctico y Operativo) como prestador directo del cuidado de Enfermería, participación que se evidencia bajo el desempeño

de tres roles sustanciales (Dependiente, Independiente e Interdependiente), que, según evidencia bibliográfica, se han abordado poco durante el desarrollo investigativo, situación que no permite ver mejores y mayores estrategias administrativas que planteen direccionamientos para el mejoramiento de la calidad del cuidado y atención brindada por Enfermería (Donabedian,1990).

De acuerdo con Puebla, Ramírez, Ramos y Moreno (2009), la calidad de la atención que ofrece el personal de Enfermería se debe reflejar en la satisfacción del paciente que la recibe; por tal razón, la presente investigación se propuso determinar, desde la percepción de los pacientes hospitalizados, cómo es la calidad de la atención de Enfermería que se brinda en el Hospital II Lima Norte del distrito del Callao. Se utilizó el cuestionario elaborado por Romero (2008), siendo éste un instrumento válido y confiable, el cual arrojó resultados concretos y específicos que permitieron dar lineamientos para el mejoramiento de la atención de Enfermería y, por ende, la atención en salud.

Inicialmente se hace una descripción y un planteamiento acerca de cómo está la situación con relación a la atención que Enfermería brinda en las instituciones como parte fundamental del equipo de salud, la debilidad de sus intervenciones, el impacto de sus acciones, los resultados de sus intervenciones en materia de satisfacción del cliente y algunos antecedentes de investigaciones que buscaron el mismo fin del presente estudio.

A manera de justificación, se plantean los aspectos fundamentales que permiten resaltar la actuación del personal de Enfermería en el sector salud y la importancia de sus intervenciones dentro del Sistema de Salud para la sociedad, el conocimiento y la misma disciplina.

Asimismo, se plantean los objetivos pretendidos con la presente investigación y se expone la normatividad por la cual se fundamenta la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería, para garantizar que sus intervenciones son pertinentes y necesarias dentro del Sistema de Salud (Ramírez, Ramos y Moreno, 2009).

En el Marco teórico se hace un recuento teórico de todos los antecedentes que se han dado en materia de calidad, calidad percibida, satisfacción del usuario, calidad de la atención, calidad en Enfermería y la revisión de algunos instrumentos que permiten dilucidar las formas de cómo medir tales aspectos en materia de atención en salud.

Teniendo claro el objetivo y toda la fundamentación teórica y crítica, se plantea la forma como se logró vislumbrar el fenómeno estudiado, mediante el planteamiento de la ruta metodológica y la forma de análisis; luego se hizo la presentación de los resultados obtenidos y su discusión con los hallados por otros autores.

Finalmente, se establecieron las conclusiones y se dejaron algunas recomendaciones que servirán de insumo para futuras investigaciones tocantes al tema en mención (Ramírez, Ramos y Moreno, 2009).

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) señala que la responsabilidad de la enfermera no debe limitarse a la administración del tratamiento; en sentido amplio, la prestación de un servicio de calidad significa ayudar al paciente a ejecutar todos los actos de la vida cotidiana que normalmente realizaría por sí solo –respirar, comer, beber, eliminar, descansar, dormir, moverse, lavarse, mantenerse debidamente abrigado, etc. Pero como la vida es algo más que un mero proceso vegetativo, la enfermera debe facilitar las actividades de relación social, recreativas y productivas, es decir, ayudar al paciente a mantener el régimen de vida normal que llevaría por sí solo si estuviera bien de salud.

Asimismo, a nivel nacional, el Ministerio de Salud (MINSa, 2014) refiere que la baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales principalmente la mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil, las que, a diferencia de otros problemas de salud, requieren una adecuada capacidad resolutoria y fundamentalmente intervenciones de calidad.

La calidad de la atención marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y recién nacidos en nuestro país; el acceso a la atención institucional del parto no es suficiente. Similar situación sucede frente a la mayoría de riesgos y daños a la salud que acontecen en un país; de allí la importancia de establecer una gestión de la calidad de la atención que dirija, opere y controle de manera sistémica los procesos destinados a mejorar la atención de la salud.

La calidad de atención es un compromiso, que requiere recurrir a todos los elementos existentes para alcanzarla. Respecto a la misma, existe la percepción de que hoy los pacientes están buscando profesionales que actúen en forma humana, deseando para ello enfermeras que no sólo resuelvan sus problemas de salud, sino que los escuchen y comprendan el estado actual en el que se encuentran, porque no solo su salud física se ve afectada sino también su entorno afectivo. Ante esto, el personal de enfermería no se abasteca para la atención oportuna.

Y a nivel local, es decir, en el Callao, un proyecto de mejora (Zevallos, 2009) señalaba como posibles deficiencias que estarían influyendo en la calidad de atención brindada por las enfermeras, las referentes a falta de motivación, a la demora en responder al llamado por la recargada labor del personal, sin dejar de mencionar la poca oferta de personal asistencial calificado.

La atención con calidad y calidez de la enfermera en el postoperatorio es básica y fundamental, ya que de ello depende el éxito o fracaso de la recuperación del paciente, considerando que la calidad debe estar basada en las necesidades de los pacientes, desarrollando técnicas o indicadores para mejorarlas, siendo la corta estancia en el servicio de Cirugía por la gran demanda de pacientes, la que puede traer consigo complicaciones (Zevallos, 2009).

En el Hospital II Lima Norte se pudo observar que el profesional de enfermería tiene poco acercamiento y comunicación verbal con el paciente en el postoperatorio inmediato, limitándose a cumplir acciones tales como: control de signos vitales, administración de medicación como analgésicos para el alivio del dolor y tratamientos indicados, etc. Así mismo, se observa falta de datos en los registros de enfermería que indiquen acciones dirigidas a la satisfacción de sus necesidades, y no cuentan con una secuencia ni continuidad.

La labor de la enfermera del servicio de cirugía se ve sobrecargada, al tener que brindar atención a la gran demanda de pacientes; asimismo, surgen problemas cuando el paciente se hospitaliza el mismo día, pues no tiene hospitalización preoperatoria, sino que ingresan a través del módulo pre quirúrgico (MOPRI). Es por eso que se ve la necesidad de conocer la percepción del paciente sobre la calidad de atención brindada por la enfermera, siendo importante para la evaluación y mejoramiento de la atención al paciente.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, el propósito de llevar a cabo este trabajo de investigación surge del interés por conocer de qué manera los pacientes pos operados perciben la atención de enfermería y qué relación guarda con el nivel de satisfacción que manifiestan los pacientes internados en el servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte- Mayo 2016.

1.2 Definición del Problema

1.2.1 Problema General

¿Qué relación existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016?

1.2.2 Problemas Especificos

1: ¿Qué relación existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **necesidades**, del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016?

2: ¿Qué relación existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **expectativas**, del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016?

3: ¿Qué relación existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **percepciones**, del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar la relación que existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **necesidades**, del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

2: Establecer la relación que existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes

en su dimensión de **expectativas**, del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

3. Conocer la relación que existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **percepciones**, del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

1.4 Finalidad e Importancia

La finalidad de este trabajo de investigación es determinar la relación entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y la satisfacción de los pacientes. De este modo, el estudio va a proporcionar a la Institución datos que permitirán mejoras y generar cambios en la labor profesional enfocando la atención de enfermería hacia la satisfacción del paciente teniendo en cuenta sus expectativas, necesidades y percepciones, identificando las posibles deficiencias de la atención de enfermería percibidas por el paciente postoperatorio.

El estudio es importante porque va a servir como aporte científico para la Institución, considerando que el nivel de satisfacción es indicador importante de la calidad de atención y, por lo tanto, base fundamental para replantear aspectos en la mayor satisfacción del paciente. Uno de tales aspectos sería llevar a cabo capacitaciones dirigidas al personal de enfermería, a fin de detectar posibles conflictos en sus relaciones interpersonales con las compañeras o compañeros de trabajo, así como establecer estrategias de manejo frente a un problema con un determinado paciente que resulte en la mejor solución en la interacción enfermera-paciente. Otra forma de optimizar la calidad de atención es realizar reuniones periódicas mensuales a nivel de enfermería, a fin de contar con un seguimiento permanente del desempeño de la enfermera y la atención que está recibiendo el paciente de un determinado servicio. Cabe agregar, asimismo, que este trabajo de investigación servirá como referencia

bibliográfica para el hospital donde se realizó, es decir, el Hospital II Lima Norte, de la región Callao, para la realización de futuros trabajos sobre el tema, pues en la actualidad no se encuentran investigaciones similares y actualizadas en el mencionado hospital.

CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Bases Teóricas

A continuación, se presenta las base teóricas que dará sustento de los hallazgos.

2.1.1 Calidad de atención

A) Calidad

Es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define la calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente”.

Según Romer y Montoya (citados en MINSA, 2011), la calidad es el desempeño apropiado (acorde a las normas) de la investigación que se saben son seguras, que la sociedad en mención puede costear y tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad, morbilidad, la incapacidad y desnutrición.

La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia; calidad es “hacer lo correcto”, en forma correcta y de inmediato; la calidad es practicar la limpieza, es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que los pacientes tenga confianza en el servicio que se les brinda (Gutiérrez, 2003).

De acuerdo con las teorías más aceptadas, el nivel de satisfacción de los servicios sanitarios está claramente relacionado con el grado de adecuación (conformidad o discrepancia) entre las expectativas y la percepción final del servicio recibido. La satisfacción del paciente (usuario) debe ser un objetivo irrenunciable para enfermería; el método más utilizado para su medida son las encuestas de opinión que permiten detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencia o disconformidades.

B) Calidad de Atención

“La calidad de atención técnica consiste en la aplicación de las ciencias y tecnologías médicas, en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios” (Donabedian, 1990).

“(…) La calidad de la atención es el encuentro paciente - proveedor, debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, juzgado por la expectativa de resultados que se podrían atribuir a la atención en el presente” (Donabedian, 1990).

Según Donabedian, la calidad de los servicios sanitarios tiene tres dimensiones fundamentales:

Componente técnico: hace referencia al conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios; que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de 6 aspectos fundamentales: Eficiencia, Competencia Profesional, Eficiencia, Continuidad, Accesibilidad y Seguridad (Donabedian, 1990).

Componente interpersonal: se refiere a las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir es el grado de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal en el cual debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo determinadamente en la satisfacción del paciente.

Componente del entorno (confort): está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes) (Donabedian, 1990).

Para el paciente, la atención de calidad debe satisfacer sus necesidades percibidas, debe prestarse de manera cortés y en el momento que lo necesiten. Para ello los aspectos de la calidad más importantes se centran en la eficacia, accesibilidad, continuidad, oportunidad de atención, relaciones interpersonales y comodidad (Donabedian, 1990).

La eficiencia, es la capacidad de suministrar el mayor beneficio utilizando los recursos con los que se cuenta. La accesibilidad, es el grado de facilidad que tiene el usuario para establecer una relación con los usuarios donde requiere ser atendido. La continuidad, es el grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios que necesitan, sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Las relaciones interpersonales, es el grado de interacción y comunicación que existe entre los proveedores de salud y los usuarios, es decir las oportunidades de interacción e intercambio de mensajes, donde exista una actitud abierta y sensible por parte del prestador del servicio, un trato digno y respetuoso de confianza, empatía e información donde el usuario se sienta satisfecho de recibir explicaciones o información detallada del diagnóstico, los exámenes y el tratamiento. La comodidad, se relaciona con el confort que ofrece la estructura física del establecimiento de salud, aspectos visuales como la limpieza, la señalización de los servicios, el uniforme del personal de salud, la privacidad del ambiente, la no presencia de gente en la consulta, la ausencia de contradicciones de opinión médica.

Para los servicios de salud la atención brindada es de calidad cuando se brinda a tiempo sin demora tratando de obtener cooperación y participación de los pacientes en decisiones relacionadas al proceso de prestación de cuidados mediante actividades de prevención, detección y tratamiento oportuno, basados en principios científicos y en el uso de tecnología apropiada, recursos profesionales y el proceso de comunicación.

Donabedian establece algunas características de la calidad en la atención a la salud:

“(…) El modelo de atención a la salud reconoce la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud” (Donabedian, 1995).

C) Concepto de Enfermería

El concepto de enfermería ha sufrido cambios y modificaciones con los años debido a la evolución de la sociedad, tecnología y ciencia en general.

Florence Nightingale inicia conceptualizando a la enfermería como “algo que no es meramente técnica sino un proceso que incorpora alma, mente e imaginación creativa, el espíritu sensible y comprensión inteligente que constituye el fundamento real de los cuidados de enfermería” (Du Gas, 1998).

Posteriormente, Virginia Henderson en 1960 conceptualiza “la enfermería como el conjunto de actividades que contribuyen a recuperar la independencia del ser humano lo más rápidamente posible” (Du Gas, 1998).

Por su parte, Sor Callista Roy define la enfermería como “un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo” (Du Gas, 1998).

En la actualidad, según la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud en su intervención en el último Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería en

Noviembre del 2004 refirió que “la enfermería es una profesión centrada en la concepción holística de la persona, que ostenta una práctica integral, preventivo-promocional y recuperativa; que trabaja con seres humanos, familias, grupos, comunidades y sociedad en conjunto, se constituye en un grupo estratégico para liderar e impulsar importantes transformaciones que se requieren en salud, tales como la humanización de la atención, los cambios de paradigmas teniendo como eje la promoción de la Salud, la participación de los usuarios en la gestión, la creación de nuevos espacios y modalidades para la atención, entre otros”.

D) Atención de Calidad en Enfermería

La calidad de la atención de enfermería se define como: “... la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la del personal de enfermería” (Secretaría de Salud, 2002).

Para el Colegio de Enfermeras del Perú (CEP), la calidad de cuidados de enfermería se considera como un trabajo endógeno, no se impone ni basta que el eje esté empeñado en ello (Senge, 1999). Es una tarea donde participa todo el equipo de trabajo siendo la contribución de cada persona importante para el logro de resultados, es decir, se trata de crear una cultura de calidad de la atención que brinden los servicios de enfermería, aplicando mecanismos autorreguladores que privilegien la crítica constructiva, la auto superación y la satisfacción por el trabajo bien hecho (CEP, 2001).

El Consejo Internacional de Enfermeras ha señalado que “la responsabilidad fundamental de la enfermera es cuádruple: promover

la salud, evitar las enfermedades, establecer la salud y aliviar el sufrimiento” (CEP, 2001).

Según Bustamante (1996), existen diferentes perspectivas sobre el concepto de cuidado de enfermería, el cuidado como un estado humano, el cuidado como un imperativo moral e ideal, el cuidado como afecto, el cuidado como interrelación personal, y por último, el cuidado como una intervención profesional de enfermería. Se han identificado dos dimensiones del cuidado: la experiencia subjetiva y la respuesta fisiológica en los pacientes. El cuidado como una mística humana, es una característica humana innata, es el “modo humano de ser”, una parte de la naturaleza humana y esencial para la existencia humana. El cuidado como imperativo moral o ideal, es el cuidado como un “valor fundamental” moral o ideal en enfermería, siendo fundamental el asegurar la dignidad del usuario. El cuidado, como afecto, es la naturaleza del cuidado que proviene del involucramiento emocional o un sentimiento para la experiencia del paciente. El cuidado como una relación interpersonal enfermera-paciente es en contraste a las perspectivas anteriores, una visión que se considera fundamento del cuidado humano, con lo cual se expresa la creencia que el cuidado es una relación interpersonal, originando que la interrelación sea vista como la esencia del cuidado.

El paciente tiene derecho a recibir una atención de calidad. La necesidad del paciente es una sensación de carencia que debe ser satisfecha, es así que debe confiar en la enfermera como una persona que se preocupa por su atención. La calidad de atención que brinda la enfermera también influirá en la atención enfermera-paciente y dependiendo de esta el paciente recepcionará como mala o buena la calidad de atención (Bustamante, 1996).

Pedro Laín Extralgo, en su obra “Enfermedad con experiencia”, plantea que “...sentirse enfermo es sentirse amenazado, vivir expresamente con intensidad mayor o menor con el riesgo de morir”; quien está enfermo se siente penosamente solo y eso acrecienta su aflicción y su desvalimiento (Rotondo, 1989).

El paciente es la persona que asiste a recibir una atención de calidad para satisfacer una necesidad frente a la sensación de carencia que presenta al estar enfermo. Cada paciente tiene características individuales, las cuales son un conjunto de rasgos del ser humano que interactúan de manera recíproca en la conducta humana (percepción, opinión actitudes, etc.) en función al medio ambiente, cultural y social que caracteriza al grupo en el que se desenvuelve; esto conlleva a que cada necesidad que presente tenga que ser atendida de manera diferente y específica.

Así, podemos mencionar las siguientes características individuales del paciente: Edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, condición laboral y días de hospitalización (Rotondo, 1989).

La edad está relacionada estrechamente con el proceso de maduración anatomofisiológico y social que cursa el individuo lo que determina las características especiales de comportamiento, es así que los adultos se caracterizan por la plena vigencia de las capacidades físicas e intelectuales y madurez emocional lo que le permite mayor estabilidad y mejor intervención en el cuidado de la salud y enfrentar los procesos de enfermedad. Al respecto, Hofling plantea: “este grupo de personas tiene capacidad para razonar, para producir, para dar afecto a otras personas y tener descendencia” (Hofling, 1986).

En cuanto al sexo, cada género presenta características propias como: la fuerza física, función de reproducción, diferencia entre aptitudes, intereses y características individuales que está determinada en gran parte por expectativas (papeles sociales). Las mujeres asumen la responsabilidad de madres frente al hogar, además son menos agresivas, son más emocionales; en cambio los varones participan en actividades relacionadas en la obtención de alimentos que los lleva lejos de la unidad familiar, son más agresivos y menos emotivos (Hofling, 1986).

El grado de instrucción, determina el nivel de educación que posee el individuo. La educación es un proceso social que consiste en la adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades, costumbres y formas de comportamiento útil y aceptable, que es el resultado de un continuo proceso de perfeccionamiento. La educación nos permite comprender el contexto del proceso salud-enfermedad. Por otro lado, Becerra plantea que en el Perú prima el subdesarrollo y la marginación social determinando entre otros bajos niveles educacionales (existe un porcentaje considerable de analfabetismo e instrucción incompleta, principalmente en la población marginada) (Becerra, 1986).

El estado civil es una característica personal, por lo que implica asumir una serie de obligaciones y responsabilidades consigo mismo, con la familia y la sociedad, el matrimonio sigue siendo de mayor valor que otros estados civiles porque presenta una serie de implicancias sociales, jurídicas y psicológicas, de la misma manera el estado civil, soltero, viudo y divorciado lleva a una inestabilidad emocional, lo que genera dificultades en la toma de decisiones de su autocuidado y obligaciones sociales.

La condición laboral determina el tipo de trabajo que ejerce un individuo. El trabajo se define como “la actividad consciente sea físico o mental, que el hombre realiza con el fin de producir bienes económicos o servicios, siendo la principal fuente de riqueza”; de ella depende la satisfacción de las necesidades, además de ser una actividad eminentemente social; entre sus características se encuentra: es penoso (obligatorio, responsable, peligroso, fatigoso), tiene un fin económico (producir), es consciente y dignifica al hombre.

Los días de hospitalización, es fundamental para evaluar el entorno hospitalario; un paciente que ha permanecido mayor tiempo hospitalizado puede identificar lo positivo y negativo en el trato recibido por parte de los profesionales de la salud, y tener una percepción más aproximada de la realidad mientras que un paciente que recién ingresa al servicio sólo podría manifestar su primera impresión (Becerra, 1986).

“La hospitalización va a hacer al individuo vulnerable a varios estímulos, no solo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y las relaciones que se establecen durante la hospitalización” (Martínez, 1977). “El paciente verá alterado su autoestima y producirán cambios emocionales intensos que requieren de reajustes”. Estos reajustes repercuten en las necesidades de seguridad y pertenencia, aparecen sentimientos de culpa que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante la hospitalización; por lo que los pacientes consideran importante las relaciones que se establecen con el equipo de salud, especialmente con el personal de enfermería, el cual está a cargo de ellos durante las 24 horas del día (Jiménez, 2000).

Es importante mencionar que, por este motivo, la obtención de la percepción del paciente se haga de forma adecuada, valorando su estado de salud y sus capacidades actuales para interpretar los datos internos y externos, la habilidad para captar, sentir, atender, escuchar, comprender. Del mismo modo, es necesario para valorar el contexto de su aprendizaje social, los símbolos predominantes, el significado del contexto hospitalario, el grado de empatía entre pacientes y personal durante la prestación de los cuidados, pues es innegable que a lo largo del proceso de atención se van formando los pacientes su propia percepción acerca del actuar de la enfermera (Gonzales, 2002).

E) Rol de la Enfermera

El rol de la enfermera como miembro del equipo de salud es importante ya que su habilidad es el complemento necesario, en todas las ramificaciones del campo de la medicina, contribuyendo con sus conocimientos y experiencias, brindando al paciente los cuidados en los aspectos: psicológicos, espiritual y juicio cultural. De modo que debe comprender lo que el paciente y su familia experimentan sobre la enfermedad y su tratamiento, con el fin de administrar los cuidados óptimos (Leddy y Pepper, 1989).

La enfermera dentro del servicio de Cirugía tiene como finalidad ofrecer servicios asistenciales efectivos, con sentido humanitario, dirigidos al cuidado de la salud del paciente y familia, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación (Leddy y Pepper, 1989).

Como refiere el Manual de Organización y Funciones del Servicio de Enfermería en Cirugía (2009), según R. D. N° 312-2009-SA-DS-HNCH-DG, la Función Básica de la enfermera es: Planificar, organizar, coordinar las actividades del Servicio de Enfermería en

Cirugía para garantizar la calidad del cuidado integral del usuario, en concordancia con el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital (Leddy y Pepper, 1989).

Asimismo, dicho MOF enumera las funciones específicas que cumple la enfermera en el Servicio de Cirugía, que son las siguientes:

- 4.1 Promover actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el campo de enfermería.
- 4.2 Mantener buenas relaciones interpersonales y comunicación efectiva con el equipo de salud propiciando un clima laboral favorable en el servicio.
- 4.3 Velar por el cumplimiento de normas y medidas de bioseguridad para evitar las infecciones intrahospitalarias.
- 4.4 Cumplir y hacer cumplir lo dispuesto en las directivas, normas y guías de atención en el campo de enfermería.
- 4.5 Aplicar mecanismos de seguridad interna en salvaguarda de los documentos, equipos y/o recursos asignados al servicio.
- 4.6 Promover la calidad de atención de enfermería con base en los aspectos, éticos, humanísticos y profesionales.
- 4.7 Cautelar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando su derecho durante el periodo de estancia.
- 4.8 Garantizar la calidad del cuidado de enfermería con base en los aspectos éticos, humanísticos y profesionales.
- 4.9 Cumplir el tratamiento médico prescrito a los usuarios del servicio.
- 4.10 Las demás funciones que le asigne el Jefe Inmediato Superior.

Cabe agregar, además, que la valoración es el primer paso a seguir en el proceso de atención de enfermería, se inicia con la identificación de la enfermera ante el paciente y viceversa, motivo de consulta, exámenes de laboratorio, radiografías de tórax, otros exámenes complementarios, antecedentes de alergias, medicamentos que está ingiriendo y que puedan influir en el desarrollo del procedimiento, horas de ayuna, peso y talla, otro aspecto importante es la valoración del estado nutricional, la enfermera necesita conocer todos los factores que afectan el estado nutricional: incluyendo edad y etapa del desarrollo, sexo, estatura, peso usual, peso actual, costumbres en cuanto a actividades diarias y grado de actividad, patrón usual de alimentación y cualquier alteración reciente del mismo e ingestión actual de alimentos y líquidos. La enfermera también debe saber si el paciente recibe dieta especial, si la sigue; así también, sus creencias religiosas, origen étnico, si tiene alguna creencia especial sobre los alimentos y su actitud hacia la alimentación (Leddy y Pepper, 1989).

El examen físico, es importante para obtener datos objetivos del paciente, analizar las características semiológicas normales, detectar alteraciones que presente el paciente, es un procedimiento cefalo caudal, donde están involucrados todos los órganos y sistemas del cuerpo humano, el examen físico nos permite observar, interrogar y examinar, y al mismo tiempo, evaluar y anotar los signos vitales.

El apoyo psicológico antes del procedimiento es indispensable en el paciente, debe recibir un trato amable, cordial, expresándole palabras que le den seguridad, confianza, a fin de minimizar el grado de ansiedad, nerviosismo o depresión que presenta ante esta situación que para muchos es desconocida, explicándole en que consiste lo que se va a realizar y lo que podría sentir, el tiempo aproximado de duración y lo importante de su colaboración (Leddy y Pepper, 1989).

La enfermera debe reflexionar sobre su trato al paciente, debe llamar al paciente por su nombre e intentar establecer una relación profesional - paciente, confianza para preguntar por su estado, dolor, etc., debe saber hablar y escuchar al paciente, para detectar posibles complicaciones clínicas, valorar si el paciente está usando sus facultades intelectuales o están ensombrecidos, para evaluar no solo un estado de lucidez sino su entrada en un proceso patológico, la enfermera debe aportar seguridad y con ello, tranquilidad al paciente dándole a conocer su nombre, proporcionándole una explicación concisa y adecuada acerca de los procedimientos que se le van a realizar, diferenciando la información orientativa de la información clínica explicándole el mecanismo de su entorno; apoyando el esfuerzo y colaboración del paciente con refuerzos positivos, por ser ello un voto de confianza que les anima a seguir adelante, cuidando de los comentarios delante de los pacientes, pues no solo les aumenta su angustia, sino que también son fuente de gran incertidumbre (Leddy y Pepper, 1989).

El manejo del paciente de alto riesgo consiste en que la enfermera debe estar preparada para conocer rápidamente las distintas patologías concomitantes manejo de la farmacología específica, sus diluciones y administración, efectos secundarios y colaterales, utilización de respiradores, interpretación de gases arteriales en sangre y otros análisis específicos. Estar adiestrado en Respiración Cardio Pulmonar (RCP), sondas vesicales y nasogástrica. Interpretación del monitoreo electrocardiográfico, etc., y las actividades de gestión están dadas por el tipo de coordinación, comunicación e información que realiza con los demás miembros del equipo de salud.

La satisfacción del paciente debe ser tomado en cuenta por la enfermera, toda vez que el profesional de enfermería satisface las necesidades del paciente y por ello debe hacerlo presentándose de manera cortés en el momento que lo necesite a fin de lograr la eficiencia, competencia profesional, eficacia, continuidad y seguridad; asimismo debe mantener una buena relación interpersonal basado en el trato digno, el respeto, la confianza, empatía, seguridad e información y debe proporcionar comodidad durante su estadía (Leddy y Pepper, 1989).

2.1.2 Satisfacción de los pacientes

A) Definición de Satisfacción del Paciente

La definición del término “satisfacción” ha sido algo ampliamente debatido y discutido en el campo de las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios” (Zas, 2006).

Según el Prof. Philip Kotler, como cita Iván Thompson, la satisfacción del cliente se define como el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de los productos o servicios con sus expectativas llevando esta definición a su aplicación práctica para determinar el nivel de satisfacción del cliente; podemos resumirlo en la siguiente fórmula:

Rendimiento percibido – expectativas = nivel de satisfacción
Thompson (2006).

Según el Centro Empresarial Latino Americano (CELA), “la definición de satisfacción del cliente es muy sencilla. Un cliente está satisfecho cuando sus necesidades reales o percibidas son cubiertas o excedidas. Entonces ¿cómo puede usted saber lo que el cliente necesita, quiere y espera? Muy fácil: ¡Les pregunta! Así es, así de sencillo. Usted simplemente pregúnteles y proporcióneles lo que quieren y un poco más” (CELA, 2005).

Satisfacción del Cliente: Normalmente un cliente está satisfecho cuando un servicio o producto alcanza o excede sus expectativas” (CELA, 2005).

La satisfacción del cliente es un indicador de la calidad teniendo en cuenta esta premisa se cita que: (CELA, 2005).

“Calidad: adecuación del uso – satisfacción del cliente”

La calidad es una noción que da cuenta de las cualidades y características del servicio que presta una institución o sistema; las definiciones más importantes y completas y las cuales compartimos son:

.- “Calidad es adecuar al uso”.

.- “Calidad es el grado en que satisfacemos las expectativas del cliente”. (CELA, 2005).

- **Satisfacción** “es aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objetivo a los fines que la reducen. Es decir, satisfacción es la sensación de término relativo de una motivación que busca sus objetivos” (Ariza, 2006).

- **Satisfacción del cliente** es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Pero su logro depende no sólo de la calidad de los servicios, sino también de las expectativas del cliente. El cliente está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del cliente son bajas, o si el cliente tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que este satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes (Andia, 1998).

- **Satisfacción del paciente** “es una sensación subjetiva que experimenta este, al colmar sus necesidades y expectativas cuando se le otorga un servicio. La satisfacción está subordinada a numerosos factores, entre los que se incluyen las experiencias previas, las expectativas y la información recibida de otros usuarios y del propio establecimiento de salud. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias” (Cantú, 2000).

- Satisfacción es, como citan en su tesis Lizarzàbal, Añez y Romero (2006), “el concepto de satisfacción va estrechamente ligado al concepto de preferencias subjetivas o expectativas depositadas. La satisfacción con el servicio ofrecido acumula información sobre la valoración personal que no puede conocerse por la observación y pretende captar información sobre la realidad objetiva que tiene del servicio del usuario” (Lizarzàbal, 2006).

- Para Zas (2002), la satisfacción resulta de una lógica deductiva elemental que comprende dos aspectos:

1º La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera,

que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.

2º Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como “satisfactorio o no”.

Enmarcado al estudio, se diría que la satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria es la percepción del paciente hospitalizado en el servicio de que sus expectativas han sido alcanzadas o sobrepasadas con respecto a la atención de enfermería postoperatoria (Zas, 2002),

- La Relación entre Calidad, Servicio y Satisfacción

Como cita el Centro Empresarial Latino Americano (CELA), “ya debería ser obvio que hay una indudable relación entre calidad, servicio al cliente y satisfacción del cliente”. Esto se hace aún más aparente cuando se recuerda que calidad y servicio es cualquier cosa que el cliente dice que es, no lo que usted dice que tiene, y satisfacción es la percepción del cliente de que sus expectativas han sido cubiertas (CELA, 2005).

Por lo tanto, si usted provee las dos primeras, de acuerdo a la diferencia de sus clientes, la tercera aparecerá sola. Además, los clientes satisfechos le traerán más clientes, que a su vez le traerán más y el ciclo de referencia continuará (CELA, 2005).

B) Evaluación de la Satisfacción

La valoración de la satisfacción del paciente con los servicios de cuidado de la salud es bastante común. Su popularidad es

atribuible a cuatro factores principales (MINSA, 2000): Primero, el ejercicio tiene validez de cara a la retórica del mercado interno del reformado servicio de salud: los clientes son los consumidores y los estudios del consumidor son fundamentales tanto para aumentar la eficacia como para mejorar el producto; segundo, la satisfacción del paciente es profesional y clínicamente deseable y está asociada tanto con cumplimiento como con recuperación de salud; tercero: puesto que el cuidado de salud está basado principalmente en los fondos del sector público, los clientes tienen el derecho ciudadano de comentar y involucrarse en el desarrollo y la implementación de la política de cuidado de la salud; cuarto: existe una convicción extendida de que los estudios de satisfacción del cliente son fáciles de realizar. Por consiguiente, por razones administrativas, clínicas, democráticas y prácticas, la valoración de la satisfacción del cliente tiene aprobación casi universal (CELA, 2005).

Uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y la gestión del funcionamiento de los servicios sanitarios, consiste en averiguar cuál es el grado de satisfacción de los clientes. La satisfacción del consumo de los servicios sanitarios es utilizada frecuentemente como un índice de buen funcionamiento de la calidad del servicio prestado e incluso como un indicador del resultado de los mismos por parte de la administración sanitaria (CELA, 2005).

Su importancia deriva del hecho de ser una percepción de carácter personal y subjetivo y no una evaluación objetiva. El objetivo que se percibe es describir la conformidad del cliente con el servicio percibido.

Así, requiere tomar en consideración dos elementos (CELA, 2005): El primero responde a la expectativa de servicio, es decir, satisfacción esperada del futuro consumidor de salud; el segundo elemento es el servicio posteriormente percibido por él. De estos dos

conceptos, podemos definir la satisfacción del paciente como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario (concepto que procede de la calidad percibida del servicio). Esto es, se supone que el paciente es capaz de realizar en su mente un esquema factible del servicio, el cual le servirá para poder valorar el servicio recibido por el mismo (CELA, 2005).

Las expectativas, por ello, gozan de una especial relevancia, ya que antes de indagar otros elementos que pueden influir en la satisfacción se debería objetivar, de algún modo, las expectativas de servicio del paciente para, posteriormente, poder evaluar y medir el grado de satisfacción (CELA, 2005).

C) Elementos de la Satisfacción

Es importante entender los elementos de la satisfacción para que podamos saber cómo nuestros clientes definen la calidad de nuestros servicios. Solamente a través de la comprensión de los mismos es que seremos capaces de desarrollar medidas para evaluar nuestro desempeño en el suministro de servicios (Thompson, 2006). Estos elementos son:

a. Disponibilidad: grado con que un servicio de salud está disponible, siempre que los clientes lo necesiten.

b. Accesibilidad: Grado con que el cliente espera que lo atiendan cuando lo necesita.

c. Cortesía: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra una actitud amable con el cliente siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos. La cortesía mueve a un individuo a mostrar un cierto nivel de conformidad y empatía para con los sentimientos de otras personas, una persona cortés se comporta con dignidad y respeto hacia otros y se esfuerza por lograr armonía en las relaciones interpersonales.

d. Agilidad: Grado con que el proveedor de servicio de salud satisface rápidamente la solicitud de los clientes.

e. Confianza: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades para prestar el servicio prometido, de manera precisa y confiable, siendo percibido así por el cliente.

f. Competencia: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestar atención al cliente. Mientras mayor sea la competencia percibida del proveedor de servicio, mayor será el nivel de satisfacción del cliente.

g. Comunicación: Grado con que el proveedor de servicio de salud se comunica con sus clientes a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento. La comunicación con los clientes puede afectar en gran manera el proceso de recuperación. Si un cliente se siente apartado, desinformado, o en incertidumbre acerca de sus resultados de salud, puede que demore más en recuperarse. De manera clara, la comunicación es vital para proveer satisfacciones con el servicio en el establecimiento hospitalario. Cuando las preguntas que se hacen los clientes pueden ser rápidamente tratadas y cuando los clientes son consultados con respecto al tipo de atención que recibirán, puede aliviarse sus sentimientos de incertidumbre. Más aún, cuando la naturaleza del tratamiento es explicada claramente, se aumenta la conciencia de los clientes y se les sensibiliza acerca de qué deben esperar. Dicha comunicación entre clientes y proveedores de servicio pueden incrementar la satisfacción de los mismos con la calidad de los servicios y atención hospitalaria recibida (Thompson, 2006).

D) Importancia de la Satisfacción de las Necesidades y Expectativas del Paciente

Si se pretende comprender la importancia de satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes, es importante aclarar

que muchos y diferentes grupos de pacientes juzgan la calidad de los servicios del cuidado de la salud: los pacientes, sus familiares y amigos, cada uno de ellos tiene expectativas sobre el servicio que ofrece la organización. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes desea el mejor estado de salud que pueda lograrse; un servicio conveniente y oportuno; un tratamiento cortés y considerado por parte del personal y una información correcta sobre su estado. Ordinariamente sus familiares y amigos también quieren encontrar suficiente información, acceso al paciente, sensibilidad y consideración por parte del personal hospitalario (Leebow, 1997).

Cuando alguna persona tiene una necesidad específica, busca un producto o servicio para satisfacerla, si la elección anterior proporcionó un alto grado de satisfacción tendrán muy buenas posibilidades de ser escogida de nuevo, logrando además que en esa siguiente oportunidad, la decisión sea favorecida por un mayor contenido de emoción que de razón. Un cliente satisfecho, además de repetir sus asistencias a la organización en el futuro, será la mejor publicidad que los productos puedan tener (Cantú, 2000).

Pero, aunque la satisfacción del paciente se logre por primera vez, es importante tener en cuenta que las expectativas de los clientes cambian con la tecnología y los esfuerzos educacionales, lo que quiere decir que la consulta con los pacientes debe ser frecuente para ajustar la comprensión de sus expectativas. Cuando la empresa se concentra en estándares fijos o estáticos, inevitablemente no da en el objetivo en términos de las expectativas de sus clientes, porque éstas siempre están incrementándose y cambiando (Leebow, 1997).

El conocimiento del grado de satisfacción del paciente una vez que ha recibido el servicio, es la principal fuente de información para que las empresas realicen una planeación de cómo mejorar el servicio

que están otorgando a sus pacientes; por consiguiente, la medición del grado de satisfacción del cliente no es útil, sino se usa para establecer acciones que permitan ofrecer un servicio que supere sus expectativas (Leebow, 1997).

Los métodos de investigación del grado de satisfacción de los pacientes deben tener tres objetivos: ayudar a clarificar la relación histórica que existe entre la organización y sus pacientes, servir para evaluar la satisfacción del paciente con respecto a los competidores, y entender las formas en que los empleados influyen en la satisfacción del paciente. Además, este estudio se debe diseñar con base en las expectativas y la percepción de la calidad del producto o servicio por parte del consumidor (Ruelas, 2000).

La medición de la calidad de los servicios se realiza comúnmente a través de cuestionarios aplicados directamente al consumidor. Las preguntas de los cuestionarios deben ser muy específicas y fáciles de cuantificar para poder llevar a cabo análisis posteriores (Ruelas, 2000).

Varias causas han contribuido a que las expectativas hayan crecido más que los resultados de los servicios sanitarios. La primera es el aumento de la prevalencia de las enfermedades degenerativas y crónicas; en segundo lugar la mayor preocupación social por la salud amplifica los síntomas y las percepciones de la enfermedad; por otra parte, la creciente atención de los medios de comunicación hacia las cuestiones sanitarias favorecen a crear un clima de desconfianza e inseguridad en los pacientes.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus pacientes, consecuentemente, el análisis de la satisfacción de los mismos, es un instrumento de medida de calidad

de la atención. El paciente generalmente evalúa el servicio global y no aspectos parciales de la prestación, y el resultado de esta evaluación es el grado de calidad percibida. El objetivo de la calidad es satisfacer las necesidades del paciente (CELA, 2005).

No siempre la mala satisfacción es resultado de una mala atención; a veces refleja sólo algunos aspectos de ella. El conocimiento de la opinión del paciente sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen de la institución hospitalaria (CELA, 2005).

E) La Satisfacción como Indicador de Excelencia en la Calidad de los Servicios

“¿Es la satisfacción entonces un indicador de excelencia en la calidad de la atención en salud? Sin duda, es un indicador; más aún, es un instrumento de excelencia” (Zas, 2002).

Coincide con lo señalado, Claudia Ariza, que cita en su tesis “que existen estudios que han indicado que la satisfacción con los cuidados de enfermería es el mejor predictor de la satisfacción con la hospitalización” (Ariza, 2006).

El que sea un indicador de excelencia de la calidad depende de su implementación como indicador atendiendo a dos variables fundamentales: (Zas, 2002).

1º La complejidad del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (hospital), grupal (los servicios) o individual (el trabajador, el especialista, el técnico, etc.) en la consideración de la satisfacción.

La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de al menos cuatro eslabones fundamentales del mismo:

- a) Las variables intrasubjetivas del cliente (paciente)
- b) Las variables intrasubjetivas del prestador de servicios de salud
- c) El proceso de interrelación que se produce entre ambas
- d) Las condiciones institucionales.

2º La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

En este sentido, considerando que satisfacción es un indicador de excelencia de la calidad de los servicios – productos, y que para lograrlo se requiere de la participación conjunta tanto del cliente interno como del externo (Zas, 2002).

Así como lo señala Chiavenato, la calidad de los servicios depende de los empleados: menciona que la satisfacción de los empleados y de los clientes, las empresas de servicios excelentes creen que sus relaciones con los empleados se reflejan directamente en las relaciones con los consumidores; por tal motivo, crean un ambiente de apoyo a los empleados y los recompensa por el buen desempeño en los servicios. Con regularidad miden la satisfacción de los empleados con sus tareas. El Citibank estableció la meta de satisfacción de los consumidores en alrededor de 40% y de los empleados en alrededor de 70%. Pero igualó los índices cuando percibió que era imposible obtener 90% de satisfacción de los clientes si 30% de los empleados estaba insatisfecho. Kart Albrecht observó que los empleados insatisfechos se pueden convertir en “terroristas

de la organización”. Rosenbluth y Peters, en el libro *The Customer Comes Second*, van más allá al afirmar que los empleados de la empresa, y no los clientes, deben ocupar el “primer lugar” y los clientes serán bien atendidos por aquellos. La evaluación del desempeño humano está detrás de todo esto (Chiavenato, 2003).

Definir “calidad” es un poco más que definir satisfacción del cliente. La calidad está basada en la percepción del cliente; por lo tanto, definimos calidad como cualquier cosa que el cliente percibe como calidad (CELA, 2005). Por consiguiente, el nivel de satisfacción del cliente es directamente proporcional a la diferencia entre el desempeño percibido (no el desempeño real) de una organización y las expectativas (no las necesidades) del cliente. En las relaciones de hoy, sus expectativas se incrementan a cada paso. El desempeño que ayer era sobresaliente, hoy escasamente satisface el requerimiento y mañana será inapropiado.

Las claves para la satisfacción del paciente (cliente) son:

1. Servicios superiores
2. Personal excelente en brindar servicio

En este sentido, un factor clave para lograr un alto nivel de calidad en un servicio es igualar o sobrepasar las expectativas que la usuaria tiene del servicio y sus percepciones (Minsa, 2000).

De esta manera, es importante conocer la percepción del paciente con respecto al cuidado de enfermería teniendo en cuenta que la percepción de los comportamientos del cuidado influye en la satisfacción del paciente (Ariza, 2006).

F) Satisfacción del Paciente con el Servicio de Enfermería

“Cada una de las actividades que enfermería realiza están encaminadas a evaluar si los resultados o logros alcanzados son los esperados por el paciente que recibe los servicios” (Sánchez et al., 1998).

“La meta final del proceso de intervención de enfermería es la satisfacción del paciente, a través de una atención apropiada y oportuna. La atención que enfermería brinda a las personas en respuesta a sus necesidades debe superar sus expectativas para que cada uno de los movimientos del vendedor (actividades críticas o intervenciones claves) desde el ingreso hasta el egreso de la persona lo satisfagan” (Sánchez et al., 1998).

“Toda queja, demanda o inconformidad de un paciente con respecto a la atención debe investigarse y estudiar las causas que la motivaron” (Sánchez et al., 1998).

G) Niveles de Satisfacción

Luego de realizada la compra o adquisición de un producto o servicio, los clientes experimentan uno de estos tres niveles de satisfacción:

1. *Insatisfacción*: se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del cliente.
2. *Satisfacción*: se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del cliente.
3. *Complacencia*: se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del cliente.

Dependiendo el nivel de satisfacción del cliente se puede conocer el grado de lealtad hacia una marca o empresa, por ejemplo:

un cliente insatisfecho cambiará de marca o proveedor de forma inmediata (deslealtad condicionada por la misma empresa) (Thompson, 2006).

Por su parte, el cliente satisfecho se mantendrá leal, pero tan solo hasta que encuentre otro proveedor que tenga una oferta mejor (lealtad condicional).

En cambio, el cliente complacido será leal a una marca o proveedor porque siente una afinidad emocional, que supera ampliamente a una simple preferencia racional (lealtad incondicional).

Por ese motivo, las empresas inteligentes buscan complacer a sus clientes mediante prometer solo lo que pueden entregar, y entregar después más de lo que prometieron (Thompson, 2006).

H) Clasificación de las necesidades

Necesidades Humanas

Las necesidades humanas básicas son elementales que son necesarias para la supervivencia y la salud del ser humano por ejemplo: comida, agua, seguridad y amor.

Aunque cada persona tiene otras necesidades básicas, el punto hasta el que se satisfagan estas necesidades básicas es un factor importante para determinar el estado de salud de una persona (Potter, 2003).

Las teorías de enfermería definen necesidad de varias formas así:

Orlando (1961) define necesidad como “un requerimiento de la persona que, si se satisface, elimina o disminuye su angustia inmediata o mejora su sensación inmediata de adecuación o bienestar” (Potter, 2003).

Por su parte, Neef señala que cualquier clasificación de las necesidades dependerá de los propósitos que se consigan. En este caso, las necesidades trabajadas en su taxonomía son nueve: de subsistencia, de protección, de afecto, de entendimiento, de participación, de ocio, de creación, de identidad y de libertad (Sánchez et al., 1998).

Abraham Maslow inició la escuela del comportamiento humano en 1943 creando su teoría de la jerarquía de las necesidades (Marriner, 1998). Para él, las necesidades motivan la conducta del individuo; postuló que todas las personas tienen ciertas necesidades básicas que deben satisfacerse para que el individuo alcance un nivel óptimo de bienestar. Su modelo incluye tanto las necesidades fisiológicas como las psicológicas, considerando cinco categorías básicas de necesidades del hombre que en orden de prioridad son: Necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad y protección, necesidades de amor y pertenencia, necesidades de estimación y necesidades de realización personal (Marriner, 1998).

“En otras palabras, las necesidades fisiológicas son generalmente más importantes para el cliente que el resto” (Iyer, Taptich y Bernocchi, 1998).

“Por tanto, cuando no se satisfacen estas necesidades básicas, el cliente puede no desear o ser incapaz de afrontar necesidades de niveles superiores” (Iyer et al., 1998).

La jerarquía de necesidades de Maslow es un modelo que las enfermeras pueden utilizar para comprender las interrelaciones de las necesidades humanas básicas. De acuerdo con este modelo, ciertas necesidades humanas son más básicas que otras; es decir, algunas necesidades deben satisfacerse antes que otras. Satisfacer las necesidades fisiológicas antes que las necesidades de amor y pertenencia (Marriner, 1998).

Para proporcionar la atención más eficaz, la enfermera necesita comprender las relaciones entre las diferentes necesidades y los factores que determinan las prioridades del usuario (Potter, 2003).

Necesidades Fisiológicas

Las necesidades fisiológicas básicas son las necesidades corporales incluyen los alimentos, el agua, la eliminación, oxígeno, el abrigo, el reposo, el sueño, el sexo, la actividad y la evitación del dolor. Los alimentos y la hora de las comidas tienen en la sociedad una importancia que va mucho más allá de proporcionar nutrición al cuerpo; además de satisfacer una necesidad fisiológica básica, el alimento puede ayudar a satisfacer muchas otras (Iyer et al., 1998).

El hombre posee un fuerte instinto de conservación y si sus necesidades fisiológicas básicas están amenazadas, estas se vuelven predominantes. Su satisfacción es fundamental para la supervivencia del individuo dentro de la cual estaría el concepto de homeostasis, el cual se refiere a los esfuerzos automáticos del cuerpo por mantener un estado normal y constante del riego sanguíneo lo que se asociaría con ciertas necesidades como lo son la de alimentarse y de mantener la temperatura corporal apropiada. No todas las necesidades fisiológicas son homeostáticas, pues dentro de estas están el deseo

sexual, el comportamiento maternal, las actividades completas y otras (Iyer et al., 1998).

En la atención de cliente de mayor grado de dependencia, la enfermera debe comprobar que puedan deglutir; antes de intentar administrarles líquidos o alimento. Una función importante de enfermería es ayudar al cliente a conservar una hidratación y un estado nutricional satisfactorios; estimular al individuo a que tome líquidos con regularidad, ayuda a lograr su ingestión adecuada; si tiene dificultad para conservarlos, es preferible proporcionarle cantidades pequeñas a intervalos frecuentes, que darle un volumen grande de una vez. La enfermera puede ayudar a quienes presentan émesis (vómito); ésta debe permanecer siempre con el cliente, mientras vomita; el vómito es una experiencia desagradable no sólo en lo físico sino por la pérdida de control y de la dignidad que molesta a la mayoría de las personas, la enfermera puede ayudar mucho a darles confianza aceptando con calma la situación y ayudándoles en forma amable pero eficaz (Potter, 2003).

Cuando hay un agotamiento importante de los nutrientes del cuerpo, suele ser necesario restituirlos administrándoles en cantidades mayores de lo normal; si la persona no puede ingerirlos, por lo general se administran mediante venoclisis. La enfermera debe dar prioridad a todas las medidas necesarias para conservar o restablecer el equilibrio de líquidos y electrolitos (Marriner, 1998).

Una de las responsabilidades de enfermería más importante en los cuidados del cliente es ayudarlo a satisfacer sus necesidades de eliminación muy básicas; miccionar y defecar. En la atención de clientes con problemas de eliminación urinaria o intestinal, la necesidad urgente de miccionar o defecar suele ser una molestia muy inquietante, concomitante a otros trastornos (Potter, 2003). La atención inmediata de la enfermera a estas necesidades y la

comprensión amable de su angustia puede influir de manera importante en el alivio de sus molestias físicas y psicológicas.

La comodidad se ha definido como un estado de tranquilidad o bienestar; cuando una persona está cómoda, está tranquila consigo mismo y con su ambiente; reposo es sinónimo de descanso o relajación e implica la liberación de tensión emocional y molestias físicas. El cliente busca en la enfermera comprensión y apoyo, a fin de lograr cierto grado de comodidad psicológica (Marriner, 1998).

El dolor es una sensación causada por estímulos de naturaleza perjudicial; es una de las causas más comunes de molestia en un individuo y, tanto para Maslow como para Kalish, evitar el dolor es una de las necesidades fisiológicas de mayor prioridad (Iyer et al., 1998). El juicio de la enfermera sobre el estado del cliente es muy importante; una situación en que es esencial aliviar de inmediato el dolor se refiere al cuidado de clientes quirúrgicos, la inquietud que acompaña al dolor creciente puede dañar los tejidos recién suturados; en consecuencia, el cliente siempre debe estar cómodo durante el post-operatorio inmediato; suelen prescribirse analgésicos cada seis u ocho horas mientras sea necesario en las primeras 48 horas siguientes a la cirugía dependiendo del tipo de la misma, la administración razonable de estos medicamentos por la enfermera puede facilitar mucho la recuperación del cliente operado. Por supuesto, el alivio del dolor no siempre implica administrar un medicamento; en muchas ocasiones, medidas de enfermería como el cambio de posición, estirar las sábanas o ayudar a vencer la ansiedad, enseñar ejercicios respiratorios, son eficaces para aliviar el dolor (Iyer et al., 1998).

Necesidades de Seguridad y Protección

Son las necesidades de encontrarse libre de peligros físicos (reales o imaginarias), protección contra la amenaza (riesgos de

violencia), protección contra las privaciones (limitaciones económicas). “La gente no deben preocuparse por falta de ingresos, debido a la pérdida de empleo, un accidente o la vejez. Las acciones arbitrarias de la administración, el favoritismo o la discriminación hacia los empleados, así como una administración impredecible de la política, motivan necesidades de seguridad y deben evitarse” (Marriner, 1998).

Es esencial conocer las prácticas de seguridad. Ello implica no sólo un conocimiento de la enfermería y ciencias auxiliares, sino también de las medidas preventivas de enfermería. Es básico reconocer las circunstancias que podrían causar un accidente e intervenir con eficacia. En consecuencia, la enfermera debe estar pendiente de cualquier actividad que pudiera causar lesiones y accidentes. Sus observaciones deben incluir el ambiente en general del paciente, en el que puede encontrar peligros como cordones eléctricos, etc., las consideraciones generales de los factores ambientales incluyen disponer todo lo necesario para la máxima comodidad y conveniencia del cliente, sus familiares visitantes y el personal. La unidad del paciente y la de enfermería en sí deben mantenerse lo mejor ordenadas posible; cuando atiende a una persona, la enfermera siempre debe comprobar que tiene el espacio suficiente para trabajar, le es factible lo que está haciendo y le es posible levantar y mover cualquier objeto con buena mecánica corporal (Potter, 2003).

Por otro lado, en lo que respecta a la temperatura interna o central del cuerpo, el hombre es homeotérmico, o de sangre caliente, con mecanismos internos que conservan una temperatura estable en su cuerpo, e incluyen los relacionados con la producción de calor dentro del mismo y su disipación. Por lo general, los mecanismos de regulación del calor corporal conservan un equilibrio preciso entre su

producción y pérdida; en esta forma se conserva la temperatura interna dentro de un margen muy estrecho, que no suele variar más de un grado. Muchos anestésicos generales causan vasodilatación y una pérdida consiguiente de la temperatura del cuerpo durante la operación. El efecto de la vasodilatación se complica por la exposición quirúrgica; como resultado, la reacción post-operatoria inmediata del cuerpo es el escalofrío, que requiere un aumento del metabolismo necesario también para la reparación de los tejidos, y la temperatura se eleva ligeramente en el post-operatorio inicial. Suele considerarse buen signo de que los mecanismos de recuperación del cuerpo están funcionando; sin embargo, un aumento excesivo debe alertar a la enfermera sobre la posibilidad de infección, que incrementa considerablemente el metabolismo del cuerpo por sus esfuerzos para combatir los patógenos invasores (Potter, 2003).

La frecuencia con que se cambian los apósitos dependen de las necesidades del cliente; en algunas ocasiones se indica cambiarlos a intervalos regulares o cuando estén húmedos, pero nunca con mayor frecuencia de la necesaria, porque cada vez que se descubre una herida aumenta la posibilidad de iniciar una infección. Es papel importante de la enfermera observarlos constantemente para asegurar una evolución favorable (Iyer et al., 1998).

Necesidades de Amor y Pertenencia

Maslow pensaba que muchos de los problemas que tienen las personas hoy en día en esta sociedad impersonal se deben a la falta de satisfacción de sus necesidades de amor y pertenencia. El hombre es un ser social que necesita la compañía de otras personas para sentirse bien en este mundo. Su seguridad es en gran parte una necesidad cultural y en consecuencia depende de que se sienta a salvo y cómodo en sus relaciones con otras personas (Iyer et al., 1998).

Es decir, la necesidad de una relación íntima con otra persona, la necesidad de ser aceptado como miembro de un grupo organizado, la necesidad de un ambiente familiar, la necesidad de vivir en un vecindario familiar y la necesidad de participar en una acción de grupo trabajando para el bien común con otros. La existencia de esta necesidad está subordinada a la satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad (Marriner, 1998).

Las condiciones de vida moderna, en la cual el individualismo y la falta de interacción son un patrón de vida, no permiten la expresión de estas necesidades (Ardouin, Bustos y Jarpa, 1998).

Casi invariablemente la cirugía implica una amenaza para la seguridad del cliente y pone en peligro su auto estimación. Es común que se acompañe de ansiedad porque va a afrontar una situación desconocida y se le separará de familiares y amigos. La presencia de alguien que lo trata como persona, que es amable, considerado y gentil es muy importante para la seguridad del cliente quirúrgico. Las enfermeras suelen ser quienes proporcionan los cuidados y comodidad constante y las principales personas que le dan tranquilidad. Asimismo es importante recordar que dialogar con el cliente también puede ser terapéutico; le proporcionará una oportunidad para explorar las causas de su ansiedad, comentarlas con alguien y quizá encontrarle solución a algunas de las cosas que le preocupan (Potter, 2003).

Necesidades de Estimación

A continuación empezamos a preocuparnos por algo de autoestima, son las siguientes en la jerarquía de Maslow. El sujeto debe sentirse valioso como ser humano, es decir, autoestimarse, y debe también sentir que su familia y los demás con los que entra en

contacto lo consideran una persona valiosa y digna (necesidad de ser respetado, de confianza en sí mismo, de independencia). Maslow ha dicho que muchos de los problemas que ocurren en nuestra sociedad despersonalizada, en especial en las grandes urbes se deben a la falta de satisfacción de las dos necesidades básicas de amor y sentimientos de pertenencia y de estima. Si no se satisfacen estas necesidades, los sujetos tienen una mala opinión de sí mismos, y se producen sentimientos de insuficiencia, frustración, alineación y desesperanza (Coleman, Butcher y Carson, 1999).

Por último, en la jerarquía de Maslow se encuentran las necesidades de autorrealización. En esta categoría se encuentra la necesidad de lograr el propio potencial óptimo o sea alcanzar las ambiciones en la vida. Maslow incluye también en este grupo las necesidades de conocimiento y de tipo estético, es decir, de algo hermoso en la vida del sujeto (Coleman et al., 1999).

“Es dudoso que alguien logre todo lo que es capaz de realizar. Los sentimientos de logro, responsabilidad, importancia, desafío, avance y nuevas experiencias y oportunidades de desarrollo pueden contribuir a que uno se sienta realizado” (Marriner, 1998).

Teoría de las Expectativas

Víctor Vroom popularizó la teoría de las expectativas durante la década de 1960.

Expectativa se define como la probabilidad de que una acción conduzca a un resultado, si un sujeto considera que una acción le va dar buen resultado la expectación será mayor que aquel que no advierta ninguna probabilidad. La teoría de la expectativa general considera a la conducta determinada por la multiplicación de la valencia por la expectativa, teniendo en cuenta que valencia es la

necesidad con la que se desea algo, por lo tanto establece que la motivación depende de cuánto se desee algo y la estimación que se haga de las probabilidades de obtenerlo. Si alguien reúne valencia y expectativa altas, la motivación será magnífica pero si por el contrario la valencia y las expectativas son bajas, la motivación será baja (Huber, 1999).

La teoría de la expectativa se ha desarrollado aún más para incluir el valor del factor de los resultados. Para motivar bien a un individuo, es necesario que vea que los resultados son atractivos, tenga la confianza en que ciertas acciones le van a llevar al resultado deseado y que advierta que vale la pena hacer el esfuerzo para obtener dicho resultado. (Huber y Kozier, 1997).

Según Thompson (2006), las expectativas son “esperanzas” que se tienen por conseguir algo.

Las expectativas influyen de modo importante en la medición integral de la satisfacción del cliente que experimenta atención de salud. Las expectativas del cliente acerca del proceso de atención, su rol en este proceso y la expectativa acerca del resultado global del tratamiento influirán en la evaluación por parte de éste del servicio brindado a través del proceso de atención de salud y también al llegar a su término.

Necesidades y expectativas del paciente

La teoría de Maslow es útil para la enfermera porque se centra en las necesidades físicas y psicosociales básicas fundamentales para la vida humana. El reconocimiento de la importancia de estas necesidades en determinados momentos de la vida de un individuo permite a la enfermera facilitar su satisfacción (Potter, 2003).

El enfoque de satisfacción por prioridades se refleja en la jerarquía de necesidades de Maslow clasificándolas como sigue: necesidades fisiológicas, de seguridad física y psicológica, de pertenencia, de autoestima y respeto de sí mismo y de realización personal (Brunner, 1998)

La teoría de las expectativas de Víctor Vroom sostiene que la fortaleza de una tendencia a actuar de cierta manera depende de la fortaleza de la expectativa de que el acto sea seguido de una respuesta dada y de lo atractivo del resultado para el individuo

Las necesidades y expectativas de los clientes a menudo son muy diferentes. En la mayoría los casos, las primeras son mucho más fáciles de satisfacer que las segundas. Los pacientes tienden a comunicar y preparar las especificaciones con base en sus necesidades, pero miden el desempeño de la organización fundamentados en sus expectativas (Robbins, 1998).

Niveles y dimensiones

Parecieron haber diferentes niveles de expectativas. Algunas distinguen cuatro tipos de expectativa: ideal, esperada, mínima tolerable y merecida (Miller, 1977); y otros listan dos: deseada y predictiva (Swan y Trawick, 1980).

Ahora bien, una serie importante de estudios realizados recientemente por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) sobre las expectativas de los clientes en el sector de servicios; confirman que admitiendo la existencia de matices que dependen del sector de negocios; esas expectativas se centran en diez áreas claves, que son las que se conocen como las diez dimensiones o condicionantes del servicio. Habiendo el intento de entender la naturaleza de las

expectativas sobre el servicio y los factores que pudieran influir en su formación (CELA, 2005).

Dimensiones de la Calidad Interna

1. Fiabilidad. La entidad entrega siempre el servicio correcto, desde el primer momento, la entidad cumple siempre sus promesas, la entidad siempre entrega el servicio en la fecha y momento prometido.

2. Profesionalidad, los empleados poseen las habilidades y conocimientos necesarios para prestar de forma correcta y precisa el servicio.

3. Accesibilidad, es fácil ponerse en contacto con la entidad.

4. Seguridad, los clientes se mantienen siempre al margen de daños, riesgos y dudas.

Dimensiones de la Calidad Externa

5. Capacidad de respuestas, los empleados están siempre dispuestos a suministrar el servicio cuando el cliente lo necesita.

6. Cortesía, los empleados tratan a los clientes con atención, respeto, consideración y amistad.

7. Comunicación, la entidad mantiene informados a los clientes en un lenguaje que estos pueden comprender, la entidad está siempre dispuesta a escuchar a los clientes.

8. Credibilidad, en sus actuaciones y conversaciones los empleados proyectan una imagen de confianza, fe y honestidad; la entidad se preocupa por los intereses de los clientes.

9. Comprensión y conocimiento del cliente, la entidad realiza todos los esfuerzos necesarios para comprender las necesidades del cliente.

10. Elementos tangibles, la entidad se preocupa de que las existencias físicas del servicio proyecten siempre una imagen de calidad (instalaciones, equipos, apariencias del personal, etc.).

Los trabajos de los tres investigadores citados indican que en todas las áreas del negocio investigadas por ellos, las dos dimensiones más importantes para los clientes son de forma constante y reiterada (CELA, 2005).

- La fiabilidad
- La capacidad de resultados

Teoría de la Percepción

La percepción es un medio fundamental para que las personas obtengan información sobre sí mismas, sus necesidades y el entorno. La percepción es el proceso de seleccionar, organizar e interpretar los estímulos sensoriales en un retrato del mundo significativo y coherente.

Se puede decir entonces que percepción es la forma en que observa la persona lo que sucede a su alrededor y puede estar influida por algunos factores como la cultura, los valores, las experiencias pasadas y el conocimiento de un individuo (Robbins, 1998).

La teoría de la percepción, sin embargo, es más completa que una respuesta a los estímulos sensoriales, también es la interpretación de la sensación a la ley de aprendizaje previo. Sus problemas, intereses y antecedentes controlan su percepción de cada situación. Básicamente cada individuo dice: "Me comporto de acuerdo con los hechos, conforme los veo, no como los ve usted. Mis deseos

y necesidades son primordiales, no lo suyos. Actúo con base en la percepción que tengo de mí mismo y del mundo en que vivo” (Keith, 1997).

Ya que la percepción es una experiencia individual, puede haber dos o más puntos de vista de la misma situación. Sin embargo, lo que uno percibe puede ser sustancialmente diferente de la realidad objetiva.

La cantidad de clientes perdidos (incluso los servicios de salud), por lo menos se triplica como resultado de una mala satisfacción. Los clientes de hoy juzgan a las organizaciones y entidades prestadoras de servicios de salud desde su totalidad, y sobre la base del servicio que se les proporciona. Ellos evalúan muchos factores antes de tomar una decisión: observan las instalaciones del lugar de atención, escuchan las experiencias de sus amigos o de otras personas que ya han hecho uso de la atención antes, y tienen en cuenta sus experiencias personales con el establecimiento (Keith, 1997). A partir de estos datos desarrollan una percepción de éste. Esta percepción puede o no ser objetiva, pero en realidad constituye lo más importante para las organizaciones. Para que el cliente acuda a una institución específica para recibir un servicio, debe percibir que este será de lo mejor (Robbins, 1998) Por ejemplo, si dos establecimientos brindan la misma atención de salud (servicio de Cirugía), pero el primero supera en atenciones al segundo en un 100%, entonces el cliente percibe un mejor servicio en uno que en otro.

Comprender la percepción del cliente es vital para una organización exitosa. No es suficiente proporcionar un excelente servicio (atención); el cliente debe percibirlo como tal.

Por otro lado, las percepciones sobre la calidad de un servicio de salud son vistas como actitudes o juicios, resultado de comparaciones realizadas por los clientes entre las expectativas sobre los servicios y sus percepciones sobre el desempeño en dicho servicio (Parasuraman et al., 1988).

De hecho, pareciera que la calidad percibida del servicio es una función de la brecha entre los deseos y expectativas de los clientes y sus percepciones sobre el servicio que realmente reciben (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985).

Percepción es realidad

En otras palabras, la calidad depende de las percepciones de los clientes; y es que en los servicios la percepción es realidad:

- Cuando usted debe ser juzgado por otros, lo importante no es lo que usted crea que es la realidad (aunque sea cierta).
- Lo determinante es la percepción que tengan de usted los demás.

Por eso, en la prestación de los servicios, para los clientes la percepción es realidad; lo que perciben es, para ellos, la realidad; no existe otra. Es lo único que cuenta, no importan las explicaciones que se den para justificar un mal servicio (CELA, 2005).

Piense que usted (como dueño, empresario directivo) y sus clientes observan la prestación del servicio desde dos ángulos totalmente opuestos:

- Usted, y los empleados de su entidad, se encuentran del lado interior de la barrera.

- Sus clientes le observan desde afuera.

Por ejemplo, la mayoría de los clientes desconocen gran parte de lo que sucede detrás del escenario; en consecuencia, no llegan a percibir todos los esfuerzos, inconvenientes y limitaciones que pueden llegar a tener las entidades (o sus empleados) en el momento que prestan el servicio. Los que están dentro si lo saben; esto, como es lógico, altera por completo la visión que tienen los directivos y empleados por una parte y los clientes, por la otra, de la prestación del servicio y las características que adopta (CELA, 2005).

Cottle (1976) ha elaborado lo que denomina como las cuatro leyes de la percepción:

1. Los demás siempre perciben a la entidad de forma diferente a como la entidad se percibe a sí misma.
2. Los demás siempre perciben a la entidad de forma diferente a como la entidad piensa que la perciben.
3. Diferentes grupos de clientes perciben a la entidad de forma diferente.
4. Las personas consideran que el nivel de servicios percibido en un área de su entidad es representativo de todos los servicios que ofrece su organización (CELA, 2005).

Estas leyes hay que tomarlas en muy seria consideración, ya que se aplican siempre, no importa el sector de negocios o el tipo de clientes con el que trate su entidad.

Ahora bien, el encuentro de servicios no solo se juzga por las percepciones que se hacen los clientes de la entrega sino que, además, esa percepción y la consecuente evaluación que genera,

están condicionadas por las expectativas que se han hecho de los clientes respecto al servicio que desean recibir (CELA, 2005).

2.1.3 Teoría de enfermería de Virginia Henderson

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación.

El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial (Bellido, 2010).

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada (Bellido, 2010).

Virginia Henderson (1960) afirma que “la función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible” (Iyer et al., 1998).

Resulta de interés su particular visión sobre la función autónoma de la enfermera, esa parte independiente de su trabajo que ella inicia y controla. También el planteamiento de la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del programa terapéutico, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o el apoyo a la muerte.

Asimismo, considera a la persona como centro del sistema, otorgándole un papel activo en su proceso de salud. Los miembros del equipo deben considerar a la persona la figura central y comprender que ante todo están “atendiéndole”. Si no entiende, acepta y participa en el plan elaborado con ella y para ella, el esfuerzo del equipo se desaprovechará. Cuanto antes pueda ella cuidarse, buscar información relacionada con su salud, o incluso llevar a cabo el tratamiento prescrito, mejor se encontrará. Se exponen, a continuación, los componentes esenciales del modelo de Henderson a través de los cuales podremos entender cuál es su enfoque, orientación y filosofía (Bellido, 2010).

A) Asunciones filosóficas

La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud.

Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia. La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional puede darle. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia (Bellido, 2010).

B) Proposiciones

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.

El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo.

Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control. La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas (Bellido, 2010).

C) Elementos

1- Objetivo de los cuidados: Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

2- Usuario del servicio: La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

3- Papel de la enfermería: Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

4- Enfermera como sustituta: Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

5- Enfermera como ayudante: Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

6- Enfermera como acompañante: Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

7-Fuente de dificultad: También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

8- Intervención de la enfermera: El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo).

El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito,

basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es una medida de su éxito. Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable (Bellido, 2010).

9- Consecuencias de la intervención. Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas (Bellido, 2010).

Necesidades básicas: Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

D) Relación del proceso enfermero con el modelo de cuidados de Virginia Henderson

La Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para abarcar en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas. Para lograr esta evolución ha sido necesario adoptar un marco teórico conceptual en el que basar los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. Esto implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperado (Bellido, 2010).

En definitiva, ha sido necesaria la implementación del Proceso Enfermero (PE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados. El Proceso Enfermero se basa en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, así como fomentan la eficiencia de los cuidados de enfermería,

orientándonos a la consecución de los objetivos de la profesión enfermera: (Bellido, 2010).

- Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o restablecer la salud.
- Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.
- Brindar cuidados de salud de calidad y eficientes en función de las necesidades y deseos de la persona.
- Seguir buscando formas de incrementar la satisfacción al administrar cuidados de salud de calidad.

La implementación del PE permite a los profesionales de enfermería proporcionar los cuidados necesarios tanto a nivel biomédico, como de respuestas humanas y necesidades generadas a partir de la situación de salud (Bellido, 2010).

Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia (Ibarra, 2016).

- **Persona:** Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales (Ibarra, 2016).

- **Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados (Ibarra, 2016).

- **Enfermera:** (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible (Ibarra, 2016).

2.2. Estudios previos

A) A nivel nacional

1. López (2015) Perú. "Nivel de satisfacción de las madres de niños/as menores de 2 años sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Santa Rosa año 2014".

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción de las madres con niños/as menores de 2 años sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo.

Métodos: El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 81 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Likert modificada, que se aplicó previo consentimiento informado.

Resultados: Del 100% (81), 61% (49) están medianamente satisfecha, 22% (18) insatisfecha y 17% (14) satisfecha. En la dimensión técnica 48% (39) están medianamente satisfecha 32% (26) satisfecha y 20% (16) insatisfecha. En la dimensión humana, 55% (45) medianamente satisfecha, 25% (19) satisfecho y 20% (16) insatisfecho; y en la dimensión entorno, 51% (41) medianamente satisfecho, 27% (22) insatisfecho y 22% (9) satisfecho.

Conclusiones: El nivel de satisfacción de las madres sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo; la mayoría es de medio a baja referida a que le brinda algunas veces pautas de estimulación temprana, se preocupa por conocer las razones de su inasistencia, está pendiente de la seguridad, las condiciones físicas y el ambiente a veces agradables, limpios y ordenados, seguido de un mínimo porcentaje significativo alta ya que educa sobre los cuidados de su niño(a) en el hogar acerca de la alimentación según la edad, higiene oral, estimulación temprana, limpieza e higiene, ventilación de la casa, sueño y reposo, entre otros.

2. Marky (2013) Perú. "Satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con infección respiratoria aguda en el Hospital Nacional Dos De Mayo Diciembre 2012".

Objetivo: Determinar la satisfacción según percepción del padre y cuidado enfermero al niño con IRA en el HNDM.

Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal y de enfoque cuantitativo; con una muestra probabilística de 110 padres y 15 enfermeras evidenciado en siete oportunidades el cuidado. Se aplicó el cuestionario a los padres y una lista de observación a las enfermeras, ambos sometidos a evaluación de la validez ($p < 0,05$) y confiabilidad ($p > 0,60$). Se realizó la

prueba de estatinos para obtener el valor final de ambas variables satisfacción (alto, medio y bajo) y cuidado (bueno, regular y malo).

Resultados: Se encontró que el 58.18% manifestó un nivel de satisfacción media, el 26.36% satisfacción baja y el 15.45% tiene un nivel de satisfacción alta. Respecto al cuidado enfermero el 38.18% aplica un cuidado regular, el 31.82% bueno y el 30% es malo.

Conclusiones: El mayor porcentaje de los padres manifestaron un nivel de satisfacción de medio a bajo y el cuidado enfermero se observa de regular a bueno, pero destaca en menor proporción la dimensión humana.

3. López y Rodríguez (2012) Perú. “Nivel de satisfacción del paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del Hospital II 2 MINSA - TARAPOTO. Periodo Junio - Julio (2012)”.

Objetivo: Determinar el nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital II 2 MINSA - TARAPOTO. Periodo Junio - Julio (2012).

Métodos: investigación aplicada del tipo descriptivo simple de corte transversal, en la cual se utilizó como instrumento la encuesta. La muestra considerada para el estudio de investigación estuvo conformada por 30 pacientes Adultos Mayores que se encontraron hospitalizados en el Servicio de Medicina General del Hospital II 2 MINSA - Tarapoto.

Conclusiones: El paciente Adulto Mayor presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción ALTO sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HII2 MINSA – Tarapoto.

4. Zavala (2010) Perú. “Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009”.

Objetivo: Determinar el nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Métodos: El Diseño Metodológico fue de una investigación aplicada del tipo descriptivo simple de corte transversal, en la cual se utilizará como técnica la Entrevista estructurada y como instrumento la escala. La muestra considerada para el estudio de investigación estuvo conformada por 60 pacientes Adultos Mayores que se encuentran hospitalizados en los Servicios de Medicina General del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009.

Conclusiones: El paciente Adulto Mayor presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción Medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HND M, siendo más baja la dimensión cuidado de estimulación.

B) A nivel internacional

1. Saldaña y Sarango (2015) Ecuador. “Calidad de atención científico humanístico que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario del Centro de Salud de Cojitambo. Azogues, 2014”.

Objetivo: Determinar la calidad de atención que presta el personal de enfermería del Centro de Salud Cojitambo y su relación con el nivel de satisfacción del usuario.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal que permitió determinar la calidad de atención que presta el personal de enfermería del Centro de Salud Cojitambo y su relación con el nivel de satisfacción del usuario. Universo: para el tamaño de la muestra se considera una población infinita con una proporción de insatisfacción del 20% con un nivel de confianza del 96% y una precisión del 4%. Con estos valores el tamaño de la muestra a estudiar es de 385 pacientes. Como técnicas se utilizaron la entrevista, observación directa e indirecta, como instrumento el formulario avalado por la Universidad Técnica Particular de Loja en la investigación realizada por el Dr. Carlos Arévalo, para procesar la información se utilizará los programas Excel, Word y SPSS, los datos serán analizados con estadística descriptiva y presentadas en tablas y gráficas.

Resultados: Se obtuvo datos relacionados con la medición de la calidad de atención que brinda el personal de enfermería y el nivel de satisfacción del usuario que acude al Centro de Salud Cojitambo.

2. Borré (2013) Colombia. “Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla”.

Objetivo: Determinar la calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS) de Barranquilla, de Agosto a Octubre de 2011.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que se encuestaron 158 pacientes a través del Cuestionario SERVQHOS-E, previo cumplimiento de criterios de inclusión. Los datos se tabularon y graficaron en Excel, se utilizaron medidas de dispersión, tendencia central, frecuencias absolutas y relativas para la interpretación de resultados,

guardando el rigor metodológico y las características éticas correspondientes.

Resultados: La calidad percibida de la atención de Enfermería por los pacientes hospitalizados es “Peor y mucho peor de lo que esperaba” en un 4%, “Como me lo esperaba” en un 17%, y “Mejor y mucho mejor de lo que me esperaba” en un 78%; el 48.7% estuvo “Muy Satisfecho”, el 48.1% “Satisfecho”, y el 3% “Poco y Nada Satisfecho”. El 56% son mujeres y el 44% son hombres, con una media de 48.5 años (DE: 18.5).

Conclusiones: De acuerdo a la Teoría de la Des confirmación de Expectativas de Oliver, y de los postulados de Parasuraman et al., el 78% de los pacientes evidenció altos niveles de calidad percibida de la Atención de Enfermería, el 17% modestos niveles de calidad percibida y el 4% bajos niveles de calidad percibida. Resultado coherente con otros estudios, los cuales muestran que la Calidad Percibida como buena oscila entre el 60% y 100%. El 96.8% se sintió satisfecho y el 97% Recomendaría la IPS.

3. Rondón y Salazar (2010) Venezuela. “Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de Maternidad I Del Hospital Universitario Ruiz Y Páez Ciudad Bolívar”.

Objetivo: Determinar la Calidad de Atención del Profesional de Enfermería en el Servicio de Maternidad I.

Métodos: Estudio descriptivo, simple y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 15 Profesionales de Enfermería y por 30 usuarias. Las técnicas de recolección de datos fueron: Lista de cotejo utilizada mediante la observación directa, y un cuestionario aplicado a las usuarias.

Resultados: Según nivel académico predominaron Licenciados en Enfermería con 66.66%, en cuanto a la calidad de servicio del profesional de enfermería en su dimensión Trato Humano por parte del Profesional de Enfermería fue regular con un 53.33%, en la dimensión de los Cuidados el nivel de Calidad de Atención fue regular 100%, hubo un nivel de satisfacción en las usuarias que indicó que en su totalidad están satisfechas con la atención de Enfermería en un 43.33%.

4. Capurro (2010) Argentina. "Calidad de atención que brinda enfermería a los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva".

Objetivo: El objetivo general fue conocer la calidad de atención que brinda enfermería a los pacientes del Servicio de Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la provincia de Córdoba, durante el período julio-septiembre de 2009.

Métodos: El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y evaluativa. El universo estuvo constituido por un total de 24 enfermeras(os) que trabaja en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la ciudad de Córdoba. La muestra del estudio fue sistemática: 23 agentes, 8 pertenecientes al turno mañana (6 profesionales y 1 licenciada), 8 al turno tarde (7 profesionales, y 1 licenciado) y 8 del turno noche (7 profesionales y 1 licenciada). La técnica seleccionada, fue la observación no participante. Se llevó una guía utilizándose un instrumento estandarizado, para medir las variables en estudio de manera uniforme como es un Listado de Cotejo, elaborado por la investigadora.

Conclusiones: El cuidado brindado por enfermería a los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva es de un (85%) enmarcándose en un alto nivel de atención. Por tanto, es fundamental comprender que para lograr una buena calidad de atención, se debe contar con reglas o bases alcanzables, claras, simples, aceptables y congruentes. Es decir, con estándares que permitan valorar el producto teniendo en cuenta el proceso

y la estructura, el contexto sociopolítico, económico del individuo y de la institución.

2.3 Marco conceptual

1.- Accesibilidad: Es el grado de facilidad que tiene el usuario para establecer una relación con los usuarios donde requiere ser atendido.

2.- Atención de enfermería: Es el conjunto de cuidados que brinda la enfermera al paciente postoperado basado en sus necesidades fisiológicas, de seguridad y protección y de amor y pertenencia considerando sus expectativas y percepciones. El profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza la atención en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona reciba los mejores posibles cuidados de salud que necesita.

3.- Calidad: Es satisfacer plenamente las necesidades del paciente postoperado ofreciendo una atención de enfermería ágil y oportuna.

4.- Calidad del servicio: Es el conjunto de características que deberán de tener los servicios de salud, basado en las necesidades del paciente, quienes van a calificar el servicio recibido.

5.- Componente técnico: Hace referencia al conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales.

6.- Componente interpersonal: Se refiere a las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario.

7.- Componente del entorno (confort): Está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto.

8.- Cuidados postoperatorios: Son los cuidados que brinda la enfermera al paciente que sale de sala de operaciones, en las primeras 48 horas posteriores a la cirugía, para asegurar el restablecimiento de la salud del mismo.

9.- Continuidad: Es el grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios que necesitan, sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.

10.- Eficiencia: Es la capacidad de suministrar el mayor beneficio utilizando los recursos con los que se cuenta.

11.- Logro de expectativas: Se refiere a los resultados obtenidos de lo que espera el paciente en cuanto a los cuidados postoperatorios recibidos por parte de la enfermera.

12.- Necesidades: Se refiere a los requerimientos del paciente como ser biopsicosocial para mejorar su sensación de bienestar.

13.- Necesidades Humanas: Las necesidades humanas básicas son elementales que son necesarias para la supervivencia y la salud del ser humano por ejemplo: comida, agua, seguridad y amor.

14.- Necesidades Fisiológicas: Las necesidades fisiológicas básicas son las necesidades corporales incluyen los alimentos, el agua, la eliminación, oxígeno, el abrigo, el reposo, el sueño, el sexo, la actividad y la evitación del dolor.

15.- Necesidades de Seguridad y Protección: Son las necesidades de encontrarse libre de peligros físicos (reales o imaginarias), protección contra la amenaza (riesgos de violencia), protección contra las privaciones (limitaciones económicas).

16.- Necesidades de Amor y Pertenencia: Maslow pensaba que muchos de los problemas que tienen las personas hoy en día en esta sociedad impersonal se deben a la falta de satisfacción de sus necesidades de amor y pertenencia.

17.- Necesidades de Estimación: El sujeto debe sentirse valioso como ser humano, es decir, autoestimarse, y debe también sentir que su familia y los demás con los que entra en contacto lo consideran una persona valiosa y digna.

18.- Paciente: Es aquella persona que recibe atención integral por parte de la enfermera siendo a la vez capaz de emitir un juicio a partir de lo percibido durante su permanencia en el servicio.

19.- Percepciones: Son las ideas propias del paciente que se forma a partir de la atención postoperatoria, que recibe de la enfermera.

20.- Satisfacción del paciente: Es el sentimiento de bienestar que el paciente manifiesta cuando recibe una atención postoperatoria por parte de la enfermera que responda a sus necesidades y percepciones de acuerdo con sus expectativas.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de las Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

H_G: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

3.1.2 Hipótesis específicas

HE₁: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **necesidades**, del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

HE₂: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **expectativas**, del servicio de Cirugía del Hospital Lima Norte, Mayo - 2016.

HE₃: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **percepciones**, del servicio de Cirugía del Hospital Lima Norte, Mayo - 2016.

3.2 Identificación de Variables

3.2.1 Clasificación de las Variables

1. Variable independiente:

Calidad de atención que brindan las enfermeras.

2. Variable dependiente:

Nivel de satisfacción de los pacientes.

3.2.2 Definición Conceptual de las Variables

Calidad atención que brindan las enfermeras:

La Calidad de la Atención de Enfermería se define como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. La Calidad de la Atención de Enfermería debe dar respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales que dispone y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales con un costo más razonable. La Calidad de la Atención de Enfermería presenta tres dimensiones: La dimensión técnica, que se refiere a la aplicación del conocimiento médico y de las disciplinas relacionadas para resolver los problemas de salud de los pacientes; la dimensión *interpersonal*, que es la interacción que se da entre el profesional de salud y el usuario al momento de proveer la atención; y la dimensión *confort*, que hace referencia a las

condiciones físicas y medioambientales idóneas en las que el paciente se sienta cómodo. Los componentes de la calidad del cuidado de Enfermería están en relación con una buena relación proveedor-usuario, como base para desarrollar una interacción efectiva durante todo el tiempo que abarca el cuidado, uso de información para la toma de decisiones, buena competencia técnica y buena organización del servicio (Henderson, 1960).

Nivel de satisfacción de los pacientes:

Es una sensación subjetiva que experimenta el paciente al colmar sus necesidades, expectativas y percepciones cuando se le otorga un servicio. La satisfacción está subordinada a numerosos factores, entre los que se incluyen las experiencias previas, las expectativas y la información recibida de otros usuarios y del propio establecimiento de salud. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. Satisfacer al paciente es un compromiso organizacional que tiene muchas variantes; dada la naturaleza intangible de los servicios, el paciente los juzga a través de lo que percibe y cómo lo percibe; por ejemplo, un producto o servicio de valor para el paciente es aquel que cuenta con las características que éste desea y necesita; la mezcla de ambas percepciones forma en su mente una imagen que tendrá efectos posteriores. Es decir, un servicio será de valor para el paciente si satisface sus necesidades y expectativas o cuando el valor percibido es mayor que el valor esperado (Cantú, 2000).

3.2.3 Definición Operacional de las Variable

Cuadro 1

Operacionalización de las Variables de Estudio

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Variable independiente:</p> <p>Calidad de atención que brindan las enfermeras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Componente interpersonal • Componente del entorno (confort) • Componente técnico 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Presentación de la enfermera a cargo del paciente ○ Saludo cordial por parte del personal ○ Orientación sobre las técnicas que usan para los procedimientos que realizan ○ Atención inmediata frente a la necesidad que presente el paciente ○ Iluminación adecuada de su ambiente ○ Orientación al paciente sobre el ambiente que va a ocupar ○ Servicio de sus alimentos de acuerdo a lo indicado ○ Consideración de la privacidad del paciente ○ Estructura física ○ Competencia profesional ○ Eficiencia ○ Accesibilidad ○ Seguridad
<p>Variable dependiente:</p> <p>Nivel de satisfacción de los pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De necesidades • De expectativas • De percepciones 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fisiológicas ○ Seguridad y protección ○ Amor y pertenencia ○ Accesibilidad ○ Agilidad ○ Comunicación ○ Disponibilidad ○ Cortesía ○ Confianza ○ Competencia

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

4.1 Descripción del Método y Diseño

El presente proyecto describe el siguiente método y diseño:

4.1.1 Método

El método empleado fue el descriptivo, ya que apunta a estudiar el fenómeno en su estado actual y en su forma natural (Sánchez y Reyes, 2015).

4.1.2 Diseño

El diseño empleado es el descriptivo correlacional. Se eligió este diseño, por cuanto está interesado en la determinación del grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados (Sánchez y Reyes, 2015).

Así, en este estudio se buscó determinar la relación existente entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y la satisfacción de los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016. El diagrama del diseño correlacional es el siguiente:

M: Ox r Oy

Donde:

M : Muestra.

Ox : Observación de la variable Calidad de atención que brindan las enfermeras.

Oy : Observación de la variable Satisfacción de los pacientes.

r : Índice de correlación.

4.2 Tipo y Nivel de Investigación

4.2.1 Tipo

Se trabajó bajo los lineamientos del enfoque cuantitativo. Los estudios de corte cuantitativo pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva. Su intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Trabajan fundamentalmente con el número, el dato cuantificable y estadísticamente procesable (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

4.2.2 Nivel

Es una investigación de nivel descriptivo, ya que su objetivo lleva a indagar y presentar la situación del estado o momento actual del fenómeno en estudio (Sánchez y Reyes, 2015).

4.3 Población, Muestra y Muestreo

La presente investigación define la población, muestra y muestreo de la siguiente manera:

4.3.1 Población

La población estuvo conformada por 107 pacientes adultos postoperados en el mes de mayo y que están siendo atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, de la Región Callao.

$$N = 107$$

4.3.2 Muestra

Para la obtención del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población finita, y se ha considerado un margen del error del 5% y un nivel de confianza del 95%. La fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z^2(p \cdot q)}{(N - 1)E^2 + Z^2(p \cdot q)}$$

Donde:

- N : Población
- Z : Nivel de confianza (95%: 1.96)
- P : Probabilidad de éxito (0.5)
- q : Probabilidad de fracaso (0.5)
- E : Error estándar (0.05)

Reemplazando:

$$n = \frac{107 \times 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}{0.05^2 (107 - 1) + 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = 84$$

De acuerdo a la fórmula, el tamaño de la muestra se estimó en 84; es decir, se trabajó con un grupo de 84 adultos postoperados en el mes de mayo en el servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte – Mayo 2016.

4.3.3 Muestreo

Cabe mencionar que se empleó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.

La muestra, además, reúne los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

1. Pacientes pos operados del servicio de Cirugía.
2. Pacientes en estado de lucidez permanente.
3. Pacientes que acepten participar en el estudio

Criterios de Exclusión

1. Pacientes en estado de sedación.
2. Paciente no quieren participar en el estudio.

4.4 Consideraciones Éticas

En el presente trabajo de investigación, se aplicaron los principios bioéticos que rigen al profesional de enfermería, que permitirán cumplir con el aspecto ético y moral de la investigación, que aseguren la honestidad, legalidad, conducta honorable, justa, solidaria y competente de la enfermera, proporcionándole una base para el razonamiento y orientación de sus acciones. Tales principios consisten en lo siguiente:

- **Confidencialidad.** Es una norma moral por la que se debe respetar el derecho de la persona, que forma parte de la muestra, a que no se divulguen sus intimidades, razón por la que el cuestionario es de carácter anónimo.
- **Principio de Autonomía.** Exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas que conforman la muestra de estudio, y su derecho a que se respete su voluntad (consentimiento informado) de participar o no en el proyecto de investigación.

- **Principio de no Maleficencia.** Se refiere a no provocar daño alguno, lo cual explica que nuestra investigación no calificara a los sujetos participantes de la muestra, ni provocara acciones negativas hacia ellos.

- **Principio de Justicia.** Se refiere principalmente a la justicia distributiva, en la cual se establecerá una distribución equitativa de las cargas y de los beneficios de la participación, tomándose en cuenta la protección adecuada y correcta de los derechos y el bienestar de las enfermeras y pacientes, o quienes sean los participantes que conforman la muestra de investigación.

Teniendo en cuenta los anteriores principios, además del consentimiento informado, confidencialidad y privacidad de las personas evaluadas, éstas quedaron con libre albedrío para colaborar con el llenado del instrumento o instrumentos que se les administraron. Se les explicó, también, acerca de que los datos obtenidos a través del llenado de los instrumentos son confidenciales, especificándoles que solo son necesarios para tal fin por el que se realiza el trabajo de investigación. Asimismo, al término de la evaluación se procedió a realizar un análisis global de los resultados, respetándose la privacidad de los encuestados.

CAPÍTULO V: TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1 Técnicas e Instrumentos

Para la recolección de datos se empleó básicamente la siguiente técnica:

- *De la encuesta*, con la que se aplicó a los pacientes un formulario tipo cuestionario para la medición de la calidad de atención que les brindan las enfermeras. Asimismo, se les administró otro cuestionario para que los pacientes señalen el grado de satisfacción que sienten en cada uno de los procedimientos de atención que reciben de las enfermeras (ver Anexos).

a) Cuestionario de calidad de atención

El instrumento es un formulario de cuestionario tipo escala de Likert modificada, el cual consta de introducción, instrucciones, datos generales y el contenido que cuenta con 28 ítems con 3 alternativas de respuesta: siempre, a veces, nunca.

Validez y confiabilidad

Este cuestionario fue sometido a validez de contenido y constructo por su autora Lilian Romero (2008), mediante el juicio de expertos proporcionada por 8 profesionales del área de salud entre enfermeras docentes, asistenciales y administrativas, quienes proporcionaron sus sugerencias sometidas a la tabla de concordancia y la Prueba Binomial. Posterior a ello, Romero (2008) realizó una prueba piloto a fin de determinar

la validez y confiabilidad estadística mediante la aplicación de la prueba ítem-test y el coeficiente de correlación r de Pearson y el coeficiente de alfa de Cronbach obteniendo una confiabilidad global de 0.96 y por dimensión un promedio de 0.85

b) Cuestionario de satisfacción

Se utilizó como instrumento un formulario de 30 preguntas cerradas de opción múltiple (tipo escala Likert), elaborada por Isabel Uruce (2007). Utilizándose una escala de alternativas cuyas puntuaciones son: **1** = nunca; **2** = pocas veces; **3** = regularmente; **4** = muchas veces; y **5** = siempre.

Para determinar el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en relación a necesidades, expectativas y percepciones, Uruce (2007) obtuvo la calificación por cada pregunta teniendo en cuenta lo siguiente:

Insatisfecho: equivalente a nunca.

Poco satisfecho: equivalente a pocas veces.

Parcialmente satisfecho: equivalente a regularmente.

Satisfecho: equivalente a muchas veces.

Totalmente satisfecho: equivalente a siempre.

Validez y confiabilidad

La autora del cuestionario de satisfacción, Uruce (2007), procedió a elaborar el instrumento de acuerdo a los parámetros o una escala de alternativas, que aplicó como prueba piloto al 15% de la muestra en estudio, lo cual permitió determinar las características finales del instrumento. Para ello, tomó en cuenta la validez interna y externa, pasando por el método de juicio de expertos.

En cuanto a la confiabilidad, Urure (2007) utilizó el coeficiente de consistencia interna de alfa de Cronbach, mediante la cual obtuvo un valor de 0.75, el cual es considerado aceptable, y significa que el instrumento es confiable e idóneo para su aplicación a la muestra de investigación.

5.2. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos

5.2.1. Plan de recolección de datos

Se consideran las siguientes fases:

Gestión de la autorización.- Previamente, se efectuaron las coordinaciones pertinentes entre la investigadora y la Jefatura de Enfermería del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, a fin de obtener la autorización y facilidades en la recolección de los datos.

Recolección de los datos.- Se coordinó con el servicio de Cirugía del mencionado Hospital la programación de la aplicación de los cuestionarios. Luego, se aplicaron los instrumentos, respetando la privacidad del encuestado y siguiendo otros requerimientos.

Revisión de los datos.- Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos aplicados, a fin de comprobar la integridad de sus respuestas; descartándose aquellos que se encontraran incompletos o presenten incoherencias.

5.2.2. Plan del procesamiento de datos

Se consideraron las siguientes fases:

Procesamiento de los datos.- Previa codificación de los datos, se elaboró una base de datos utilizando el programa estadístico

IBM SPSS versión 22 en español y se registraron los datos procedentes de los instrumentos.

Análisis descriptivo.- Se elaboraron tablas de frecuencias y porcentajes para cada variable y sus dimensiones.

Análisis inferencial.- La contrastación de hipótesis se efectuó utilizando la correlación lineal de Pearson, prueba estadística adecuada para establecer relaciones entre las variables; aceptándose la hipótesis de la investigación cuando el valor de significación bilateral (p) es menor de 0,05.

5.2.3. Plan de presentación de datos

Organización y presentación de los datos.- Utilizando el programa estadístico mencionado, y con ayuda del programa Microsoft Excel 2013, se procedió a elaborar las tablas uni y bidimensionales con sus respectivos gráficos, según lo establecido en los objetivos de la investigación.

Interpretación y análisis de los resultados.- Se efectuó la interpretación y análisis de cada una de las tablas y gráficos estadísticos obtenidos de acuerdo a los objetivos de investigación establecidos.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Presentación, análisis e interpretación de datos

En un primer apartado, se presenta cada una de las tablas descriptivas y gráficos correspondientes a los datos sociodemográficos de los pacientes de la muestra investigada. En los siguientes apartados, de acuerdo a los objetivos del estudio, se han utilizado criterios de clasificación para la presentación e interpretación de los resultados descriptivos acerca de las variables de estudio: Calidad de atención que brindan las enfermeras y Satisfacción de los pacientes del Hospital II Lima Norte. En el caso de Calidad de atención, esta se clasifica en las categorías de buena, regular y deficiente, lo mismo que para sus componentes Interpersonal, Confort y Técnico; y para la variable Satisfacción de los pacientes, la clasificación para cada una de sus dimensiones y para la escala total es de alto, medio y bajo.

Posteriormente, en un cuarto apartado, se analizaron las variables por su relación, utilizando como prueba estadística paramétrica la correlación lineal de Pearson para la comprobación de las hipótesis formuladas en este estudio. De igual manera, los resultados se presentan y analizan mediante tablas y gráficos, con la correspondiente decisión estadística.

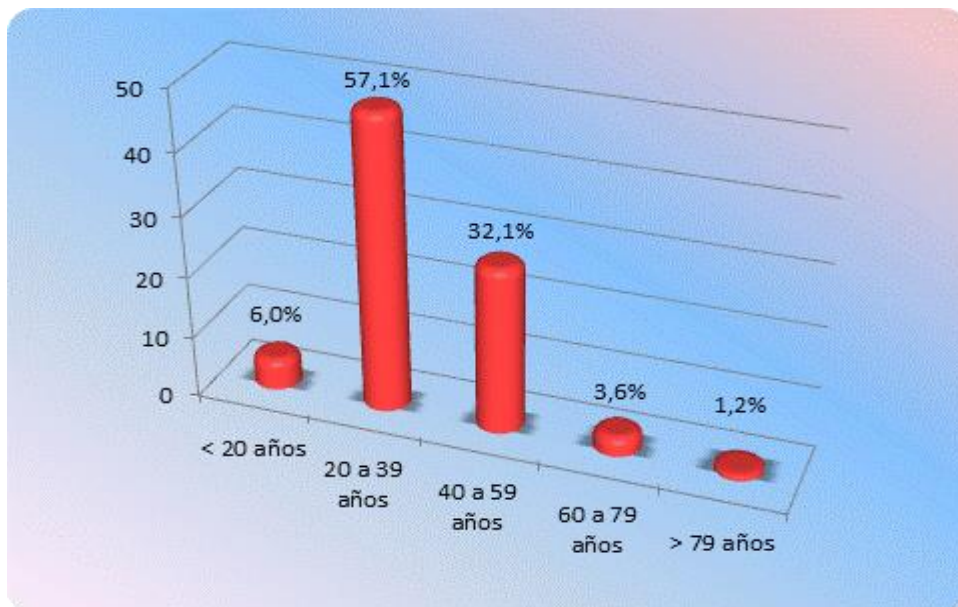
6.1.1 Resultados descriptivos de los datos sociodemográficos de los pacientes del Hospital II Lima Norte

Tabla N° 1

Frecuencias y porcentajes según grupo etario.
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< 20 años	5	6,0%	6,0%
20 a 39 años	48	57,1%	63,1%
40 a 59 años	27	32,1%	95,2%
60 a 79 años	3	3,6%	98,8%
> 79 años	1	1,2%	100,0%
Total	84	100,0%	

Gráfico N° 1



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos:

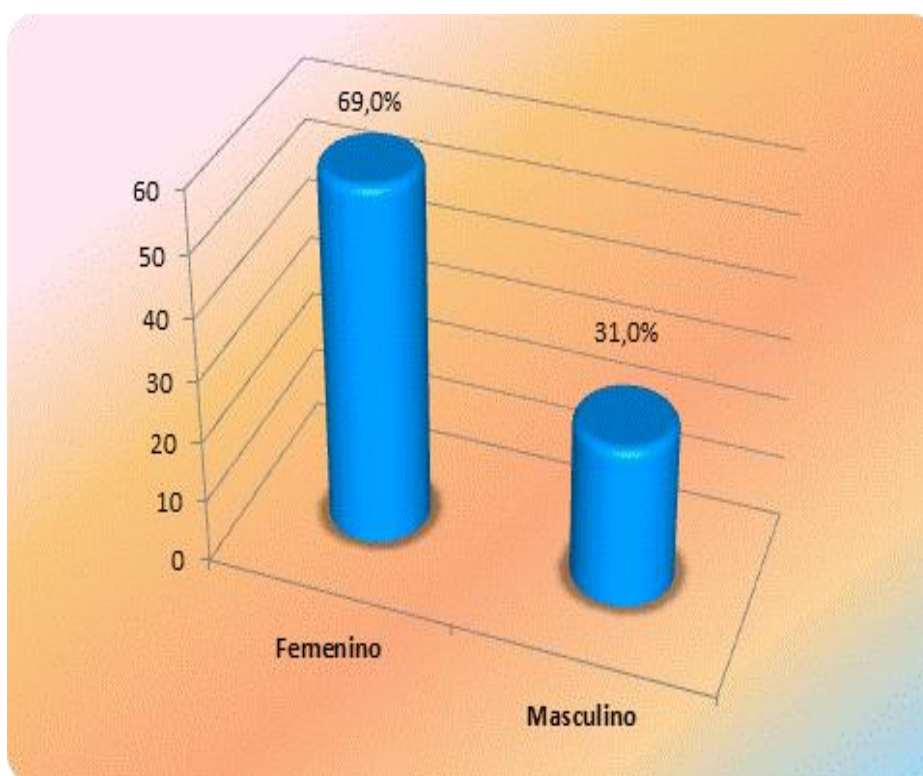
El 57,1% de los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte tiene edades entre 20 y 39, mientras que el 32,1%, entre 40 y 59. Asimismo, se observa que el 6% tiene de edades menores a los 20; el 3,6%, de 60 a 79 años; y apenas el 1,2% son mayores de 79 años. También se observa un porcentaje acumulado de 63,1% que comprende los grupos etarios de menores a 20 y de 20 a 39 años.

Tabla N° 2

Frecuencias y porcentajes según sexo.
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	58	69,0%
Masculino	26	31,0%
Total	84	100,0%

Gráfico N° 2



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

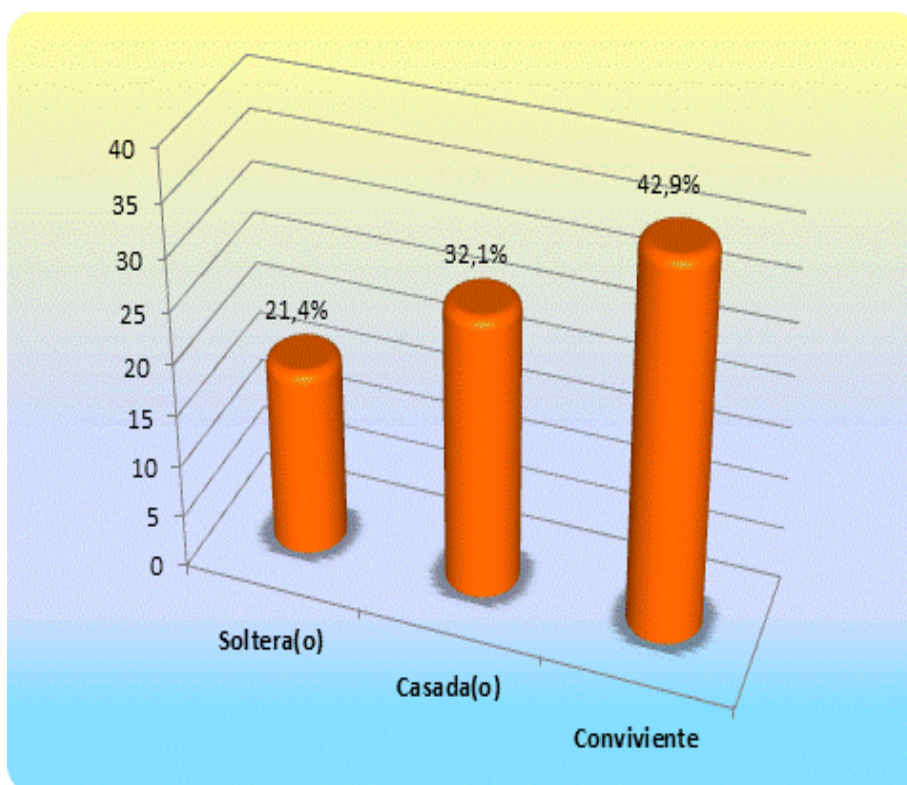
EL 69% son de sexo femenino seguido del 31% sexo masculino,(69%), que se encuentran hospitalizados en el servicio de Cirugía, corresponde al sexo femenino; en tanto que el 31%, al sexo masculino.

Tabla N° 3

Frecuencias y porcentajes según estado civil
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera(o)	18	21,4%
Casada(o)	27	32,1%
Conviviente	36	42,9%
Separada(o)	3	3,6%
Total	84	100,0%

Gráfico N° 3



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

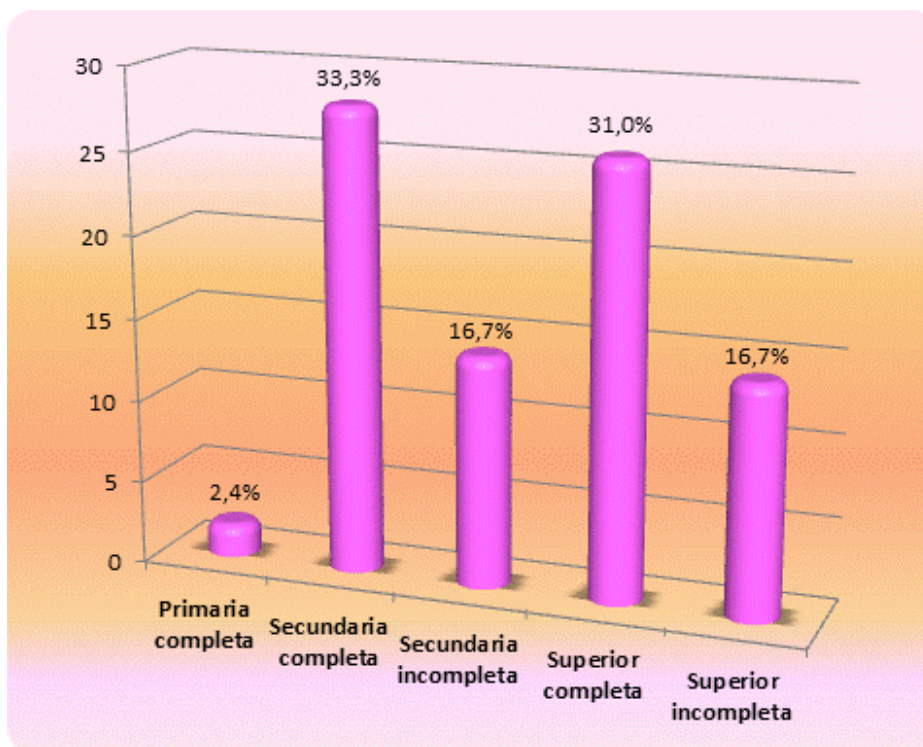
El 42,9% de los pacientes encuestados son de estado civil de conviviente; el 32,1%, casada(o); y el 21,4%, como soltera(o).

Tabla N° 4

Frecuencias y porcentajes según grado de instrucción
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria completa	2	2,4%	2,4%
Secundaria completa	28	33,3%	35,7%
Secundaria incompleta	14	16,7%	52,4%
Superior completa	26	31,0%	83,3%
Superior incompleta	14	16,7%	100,0%
Total	84	100,0%	

Gráfico N° 4



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

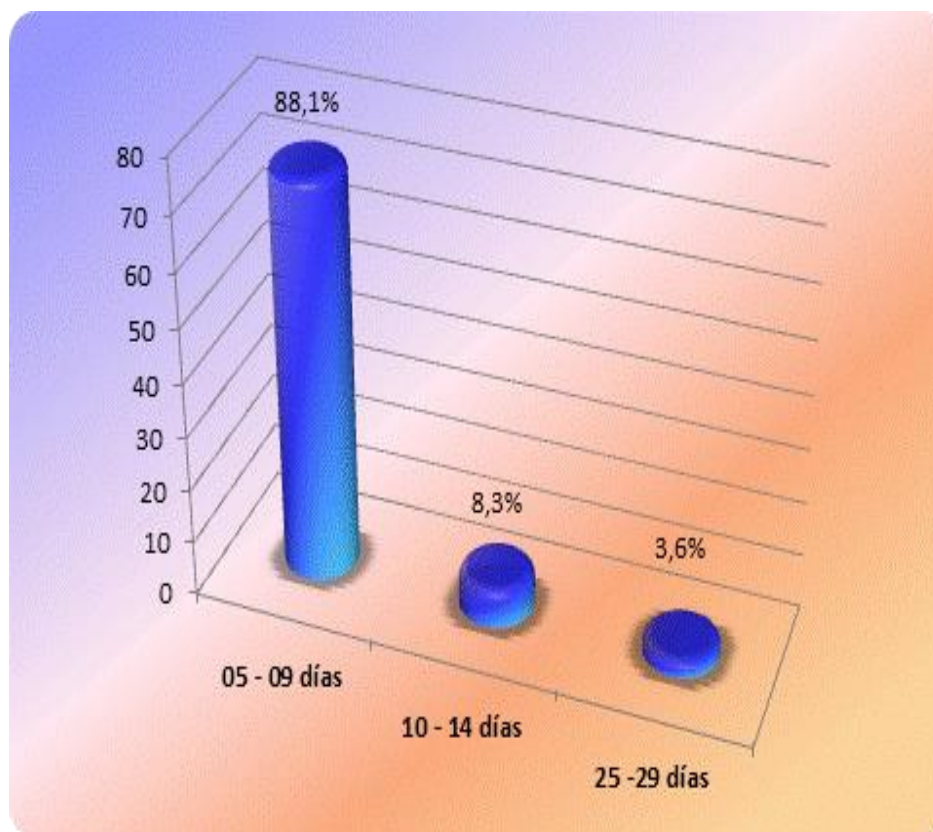
El 33,3% de los pacientes de la muestra investigada son instrucción secundaria completa; el 31% instrucción superior completa; el 16,7%, secundaria incompleta; 16,7%, Instrucción superior incompleta; y el 2,4% tienen primaria completa.

Tabla N° 5

Frecuencias y porcentajes según tiempo de hospitalización
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Distrito	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
05 - 09 días	74	88,1%	88,1%
10 - 14 días	7	8,3%	96,4%
25 -29 días	3	3,6%	100,0%
Total	84	100,0%	

Gráfico N° 5



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

El 88,1% de los pacientes orientados tienen de 5 a 9 días de hospitalización; el 8,3% con de 10 a 14 días de hospitalización; y el 3,6% tiene de 25 a 29 días de hospitalización.

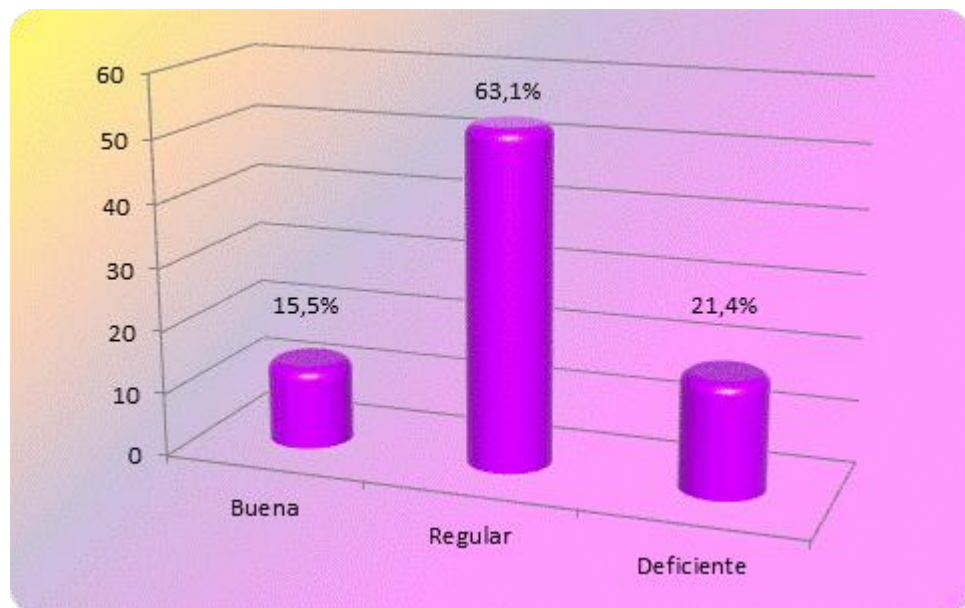
6.1.2 Resultados descriptivos de la variable de estudio: Calidad de atención que brindan las enfermeras

Tabla N° 8

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Interpersonal
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena	13	15,5%	15,5%
Regular	53	63,1%	78,6%
Deficiente	18	21,4%	100,0%
Total	84	100,0%	

Gráfico N° 8



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

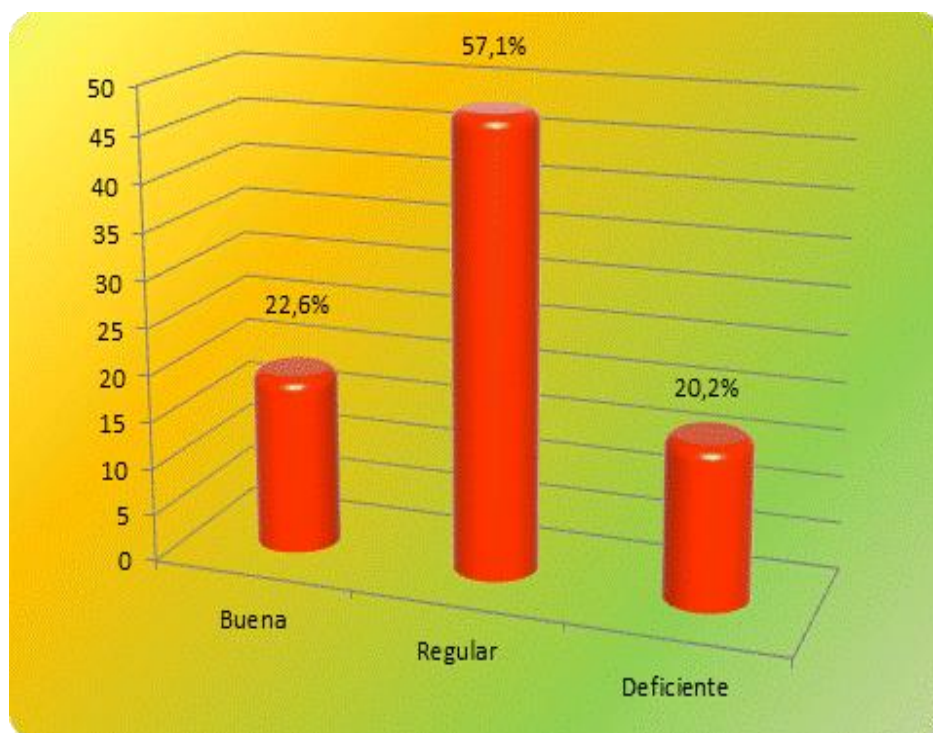
Respecto a la dimensión: Interpersonal, en el cuadro se puede ver el 63,1% de los pacientes encuestados, que se encuentra en nivel regular; el 21,4%, se encuentra en nivel deficiente; y solo el 15,5%, se ubica en un buen nivel de relación interpersonal.

Tabla N° 9

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Confort
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena	19	22,6%	22,6%
Regular	48	57,1%	79,8%
Deficiente	17	20,2%	100,0%
Total	84	100,0%	

Gráfico N° 9



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

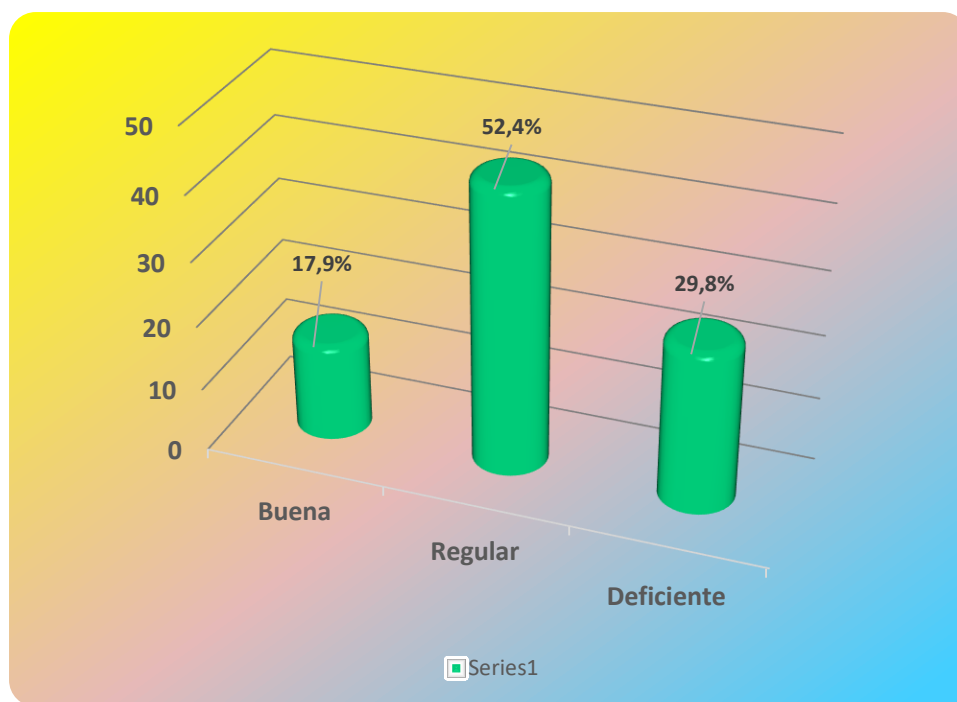
En el gráfico N° 9, se muestra la dimensión: Confort, donde el 57,1% de los pacientes refiere que percibe un nivel regular de confort, mientras que el 22,6% señala tener un buen nivel de confort, y el 20,2%, un nivel deficiente.

Tabla N° 10

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: componente Técnico
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena	15	17,9%	17,9%
Regular	44	52,4%	70,3%
Deficiente	25	29,8%	100,0%
Total	84	100,0%	

Gráfico N° 10



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

En el gráfico N° 10, se muestra que el 52,4% de los pacientes refiere que percibe un nivel regular en el componente Técnico, mientras que el 29,8% señala un deficiente nivel en el mencionado componente, y el 17,9%, un buen nivel.

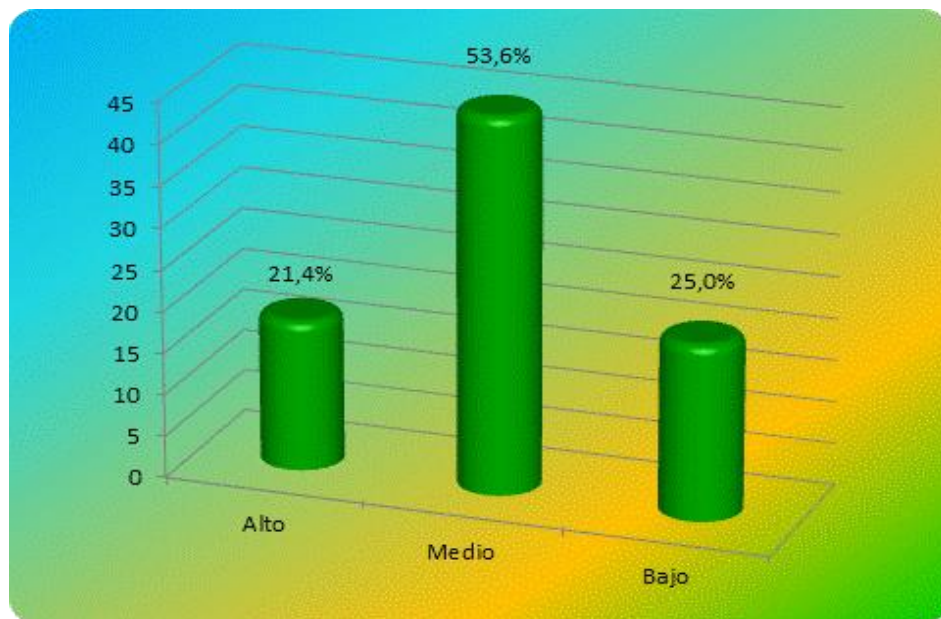
6.1.3 Resultados descriptivos de la variable: Satisfacción de los pacientes

Tabla N° 12

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Satisfacción de necesidades Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alto	18	21,4%	21,4%
Medio	45	53,6%	75,0%
Bajo	21	25,0%	100,0%
Total	84	100,0%	

Gráfico N° 12



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

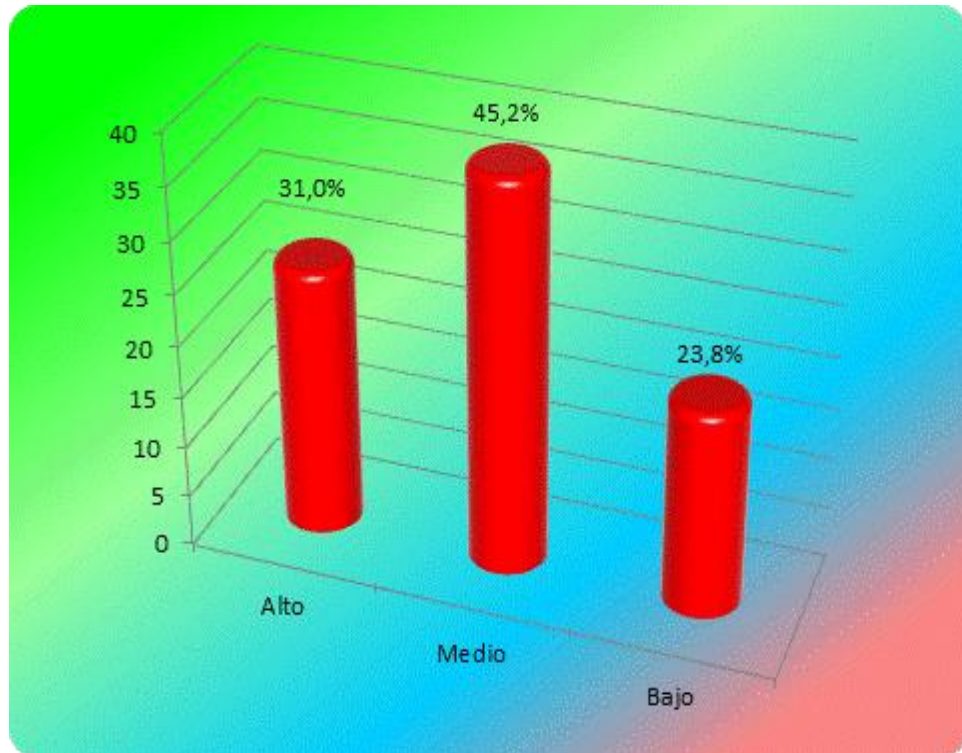
En lo concerniente a la dimensión: Satisfacción de necesidades, se observa que el 53,6% de los pacientes encuestados manifiestan un nivel medio de satisfacción; en tanto que el 25% presentan un nivel bajo; y el 21,4%, un nivel alto.

Tabla N° 13

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Satisfacción de expectativas
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alto	26	31,0%	31,0%
Medio	38	45,2%	76,2%
Bajo	20	23,8%	100,0%
Total	84	100,0%	

Gráfico N° 13



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

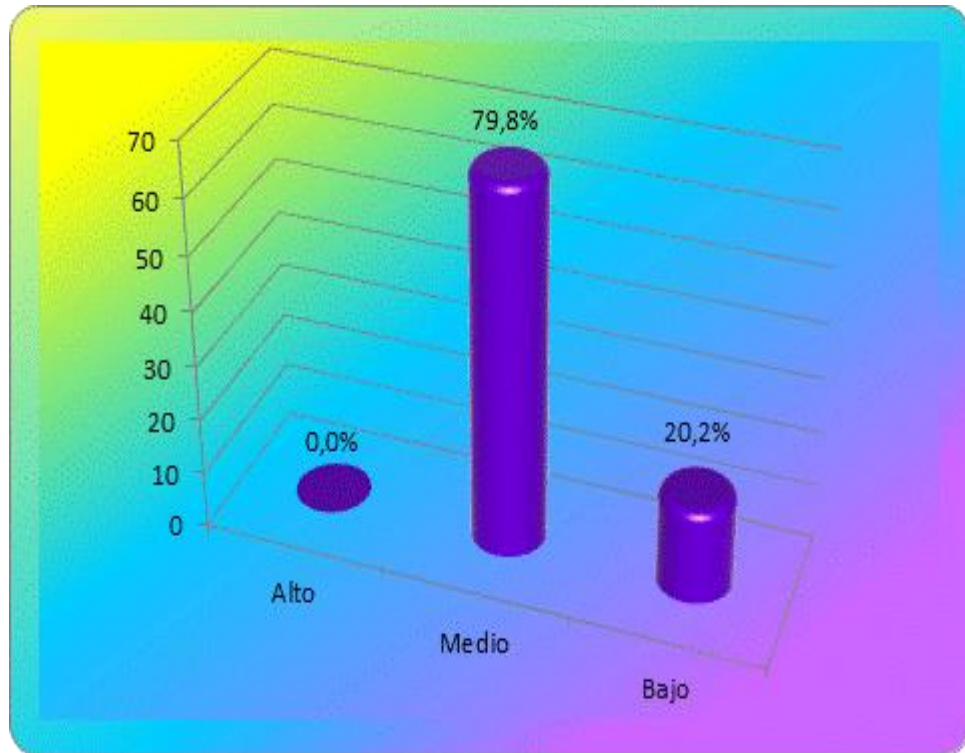
En lo que corresponde a la dimensión: Satisfacción de expectativas, se pueden ver que el 45,2% de los pacientes encuestados manifiesta encontrarse en un nivel medio; mientras que el 31% en un nivel alto; y el 23,8%, en un nivel bajo.

Tabla N° 14

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Satisfacción de percepciones Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alto	0	0,0%	0,0%
Medio	67	79,8%	79,8%
Bajo	17	20,2%	100,0%
Total	84	100,0%	

Gráfico N° 14



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

Con referencia a la dimensión: Satisfacción de percepciones, se puede observar que el 79,8% de los pacientes encuestados refieren encontrarse en un nivel medio de satisfacción; en tanto que el 20,2% se encuentra con un nivel bajo; no encontrándose ningún porcentaje en el nivel alto.

6.1.4 Contrastación de hipótesis

Se ha utilizado, para la contrastación de las hipótesis general y específicas, la correlación lineal de Pearson como prueba estadística paramétrica, que permite determinar la relación entre las variables de estudio Calidad de atención que brindan las enfermeras y Nivel de Satisfacción de los pacientes del Hospital II Lima Norte, de la Región Callao, así como la relación entre la variable Calidad de atención y cada una de las dimensiones de la variable Satisfacción (Satisfacción de las necesidades, Satisfacción de las expectativas y Satisfacción de las percepciones).

Contrastación de la hipótesis general

H_G: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

H₀: No existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

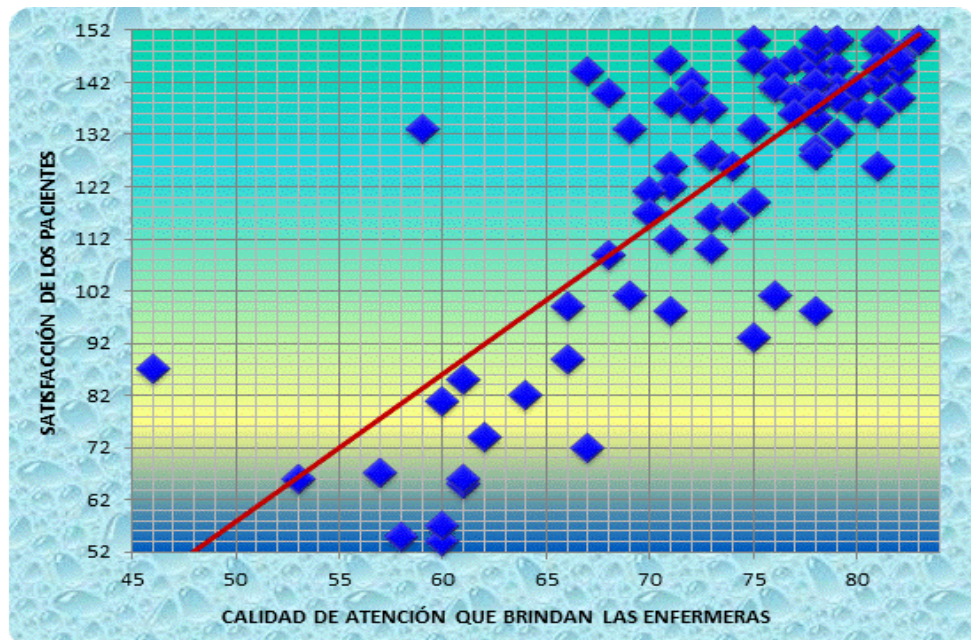
Tabla N° 16

Correlación entre las variables Calidad de atención que brindan las enfermeras y Satisfacción.
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

	<i>Satisfacción</i>	
<i>Calidad de atención</i>	Correlación de Pearson	0,794**
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	84

** Significativo al nivel de $p < 0,01$

Gráfico N° 16



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos:

Como se aprecia en la tabla 16, el coeficiente de correlación obtenido ($r = 0,794$; Sig. = 0,000) entre las variables de estudio Calidad de atención y Satisfacción, es un valor moderado alto, en opinión de Elorza (1987). Este resultado, en consecuencia, es estadísticamente significativo para el nivel de $p < 0,01$. Asimismo, este resultado es indicador de que la Calidad de atención que brindan las enfermeras se relaciona directamente con la Satisfacción de los pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía del Hospital II Luis Negreiros Vega; es decir, mientras mejor es la calidad de atención que brinda la enfermera, mayor será el grado de satisfacción que tengan los pacientes de la muestra investigada.

Decisión: Por lo tanto, según los resultados obtenidos, se decide rechazar la hipótesis nula de la hipótesis general de estudio.

Contrastación de las hipótesis específicas

H₁: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **necesidades** del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

H₀: No existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión **de necesidades** del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

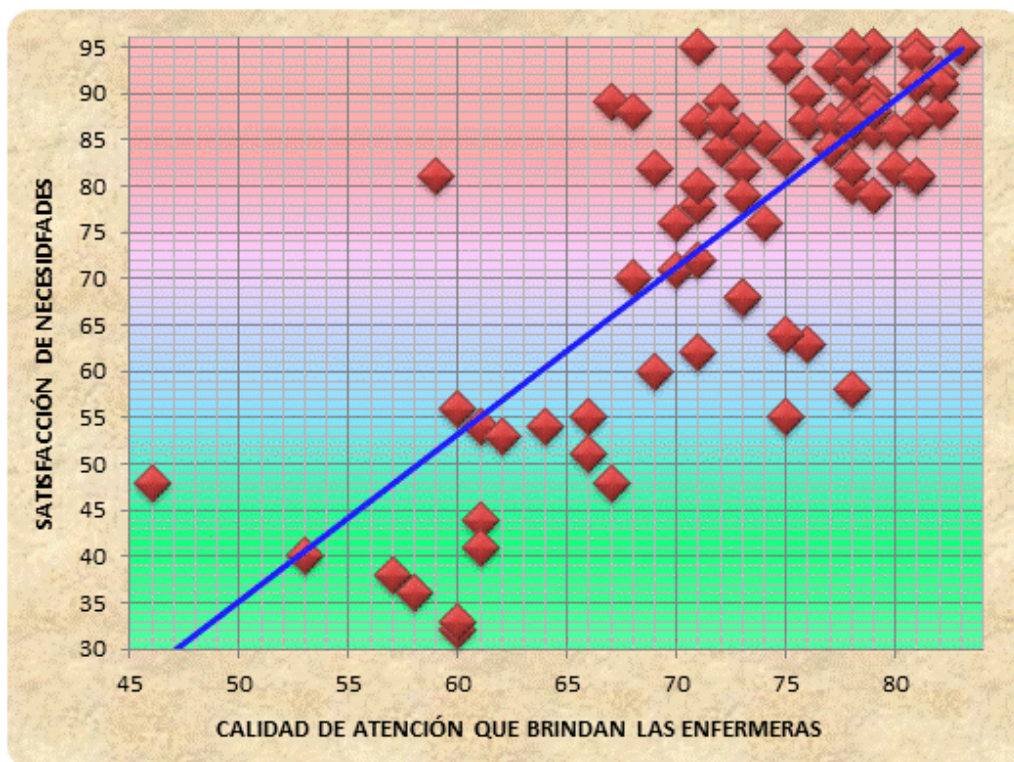
Tabla N° 17

Correlación entre la variable Calidad de atención y la dimensión Satisfacción de necesidades.
 Servicio de Cirugía.
 Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

		<i>Satisfacción de necesidades</i>
<i>Calidad de atención</i>	Correlación de Pearson	0,789**
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	84

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

Gráfico N° 17



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

Como se observa en la tabla 17, el coeficiente de correlación obtenido ($r = 0,789$; Sig. = 0,000) entre la variable de estudio Calidad de atención y la dimensión: **Satisfacción de necesidades** es un valor moderado alto, en opinión de Elorza (1987). Este resultado, por tal razón, es estadísticamente significativo para el nivel de $p < 0,01$. Asimismo, este resultado es indicador de que la Calidad de atención se relaciona directamente con la dimensión:

Satisfacción de necesidades en los pacientes de la muestra investigada; es decir, mientras mejor sea la calidad de atención brindada por la enfermera, mayor será la satisfacción de necesidades que experimente el paciente hospitalizado en el servicio de Cirugía del mencionado hospital.

Decisión: Por consiguiente, estimando el resultado significativo, se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula de la primera hipótesis específica.

H₂: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **expectativas** del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

H₀: No existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **expectativas** del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

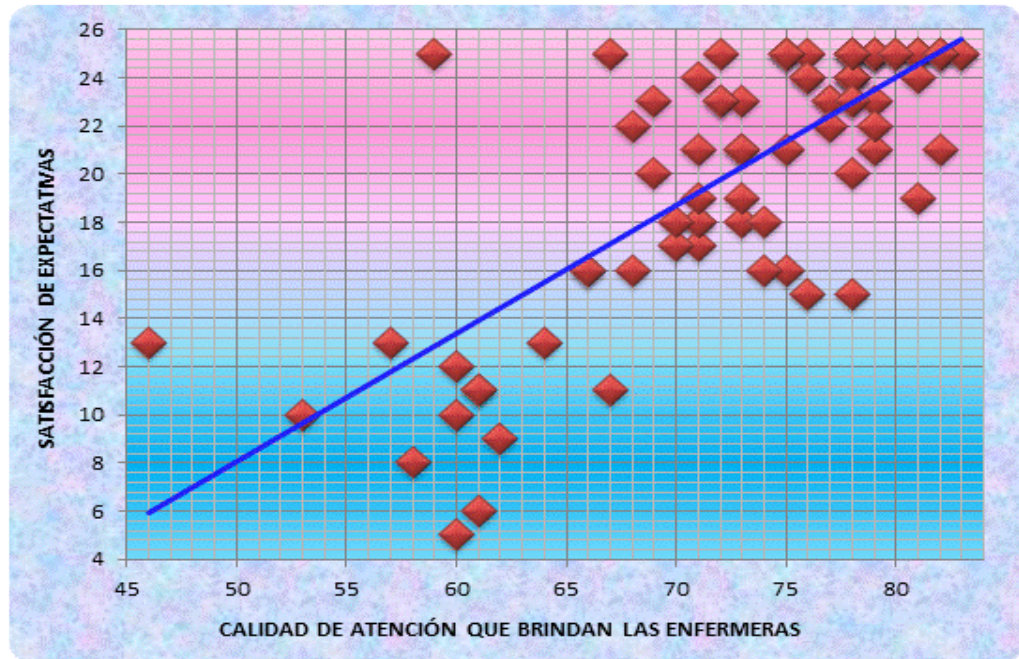
Tabla N° 18

Correlación entre la variable Calidad de atención y la dimensión Satisfacción de expectativas.
 Servicio de Cirugía.
 Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

		Satisfacción de expectativas
<i>Calidad de atención</i>	Correlación de Pearson	0,763**
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	84

* Significativo al nivel de $p < 0,01$.

Gráfico N° 18



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

Como se aprecia en la tabla 18, el coeficiente de correlación obtenido ($r = 0,763$; Sig. = 0,000) entre la variable de estudio Calidad de atención y la dimensión: **Satisfacción de expectativas**, es un valor moderado alto, de acuerdo a lo propuesto por Elorza (1987). Este resultado, pues, es estadísticamente significativo para el nivel de $p < 0,01$. Asimismo, este resultado es indicador de que la Calidad de atención que brinda la enfermera se relaciona directamente con la dimensión: **Satisfacción de expectativas** en los pacientes del estudio realizado; en otros términos, mientras mejor sea la calidad de atención brindada por la enfermera, mayor será el grado de satisfacción de expectativas que manifiesten los pacientes de la muestra investigada.

Decisión: En consecuencia, al encontrar resultado significativo, se decide rechazar la hipótesis nula de segunda hipótesis específica.

H₃: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **percepciones** del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

H₀: No existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de **percepciones** del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Tabla N° 19

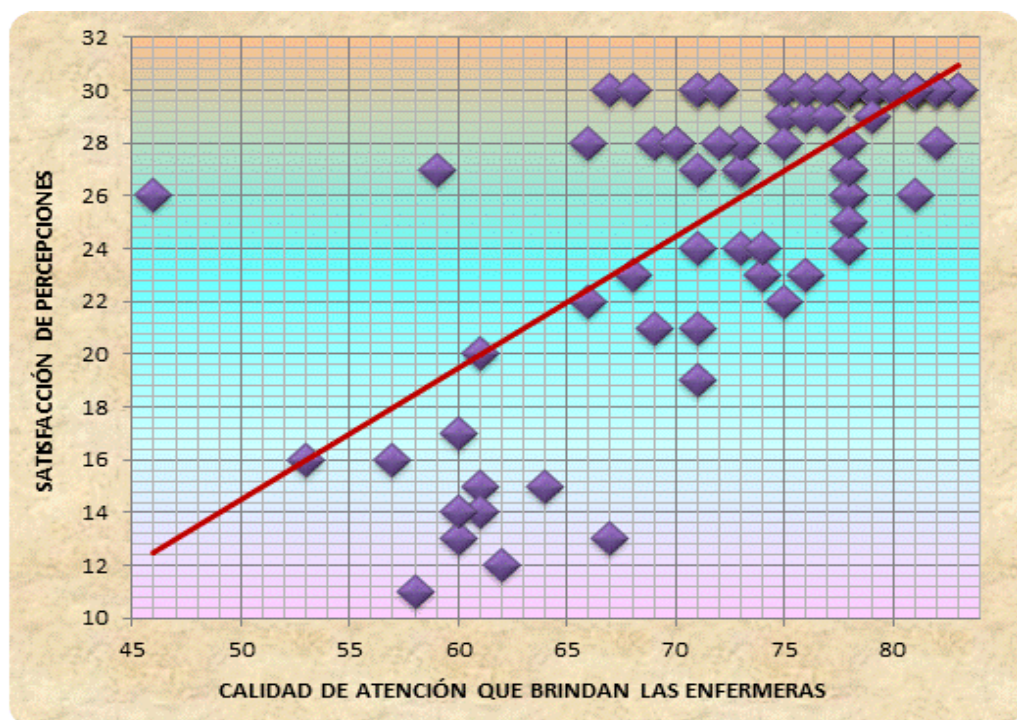
Correlación entre la variable Calidad de atención y la dimensión Satisfacción de percepciones.
 Servicio de Cirugía.
 Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

		<i>Satisfacción de percepciones</i>
<i>Calidad de atención</i>	Correlación de Pearson	0,710**
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	84

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 19



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

Como puede observarse en la tabla 19, el coeficiente de correlación obtenido ($r = 0,710$; Sig. = 0,000) entre la variable de estudio Calidad de atención y la dimensión: Satisfacción de

percepciones, es un valor moderado alto, según lo propuesto por de Elorza (1987). Este resultado, por tanto, es estadísticamente significativo para el nivel de $p < 0,01$. Del mismo modo, este resultado es indicador de que la Calidad de atención que brinda la enfermera relaciona directamente con la dimensión: Satisfacción de las percepciones en los pacientes de la muestra estudiada; en otros términos, mientras mejor sea la calidad de atención brindada por enfermera, mayor será el grado de satisfacción de percepciones que expresen los pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía del mencionado hospital.

Decisión: Por consiguiente, al disponer de un resultado significativo, se decide rechazar la hipótesis nula de la tercera hipótesis específica.

6.1.5 Discusión de los resultados

Los resultados encontrados indican, en cierta medida, que las características sociodemográficas de los individuos frente a los estímulos son determinantes en la formación de impresiones; asimismo, la edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, condición laboral y días de hospitalización influyen de alguna manera en las percepciones de los individuos. La madurez emocional, así como la capacidad física e intelectual, frente a la vida, salud y enfermedad están determinadas por la edad y el sexo, siendo muy característico de las mujeres el ser más emotivas que los varones; el grado de instrucción y el estado civil determinan la forma de pensar del individuo influenciado en sus pensamientos, ideas, creencias y costumbres; de esta manera, se espera que los casados tengan más obligaciones y responsabilidades con la familia y la sociedad que los solteros; se confirma, pues, lo de Leddy y Pepper (1989), quienes señalan que el usuario adquiere la capacidad de saber más y de plantear sus demandas de manera más eficiente y visible cuando adquiere mayores conocimientos a través de la educación. La preocupación va a crecer en los pacientes a medida que se alarguen los días de hospitalización, por las obligaciones y compromisos que tienen con la vida laboral.

De acuerdo a lo que se ha expuesto se deduce que los mayores porcentajes corresponden a pacientes que se encuentran

hospitalizados en un rango de 5 a 9 días en el servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, son entre jóvenes y adultos, con secundaria completa, convivientes, que laboran de forma dependiente y se dedican a su casa, con mayor proporción en el sexo femenino.

En cuanto a la percepción del paciente sobre la calidad de atención que brinda la enfermera, se registró que el 63,1% lo percibe como de nivel regular. No obstante, se observa en la dimensión: Interpersonal un 21,4% en el nivel deficiente, lo cual indicaría, en cierta forma, que el paciente manifiesta que la enfermera se muestra insensible ante el dolor, no se identifica al ingresar al ambiente, no responde a sus preguntas con palabras sencillas, interrumpe su descanso reiteradas veces, no lo escucha cuando desea expresar sus temores, no lo orienta al ingresar a hospitalización, la invasión de su privacidad y el desinterés por sus necesidades.

La calidad de atención está dada por la aplicación de la ciencia y tecnología en forma tal que maximice los beneficios, sin aumentar los riesgos, y lograr la satisfacción del paciente. Esto se define como la complacencia que se siente al recibir la atención de la enfermera, ya que todos los estímulos que el paciente va a captar a través de sus sentidos a lo largo de su proceso de hospitalización influirán en su percepción; de esta manera, el paciente calificará el actuar de la enfermera completándose y perfeccionándose con las experiencias pasadas al recibir atención (Romero, 2008).

El paciente, al ingresar a hospitalización, espera recibir de la enfermera un trato adecuado, quien debe llamar al paciente por su nombre e intentar establecer una relación profesional-paciente, confianza para preguntarle por su estado, dolor, etc.; asimismo, la enfermera debe saber escuchar y hablar al paciente, debe aportarle seguridad y con ello la tranquilidad al darle a conocer su nombre,

brindándole un voto de confianza que le anime a seguir adelante, cuidando y evitando comentarios desagradables, pues esto los puede llenar de angustia y también de incertidumbre. Al respecto, Quispe (2005) concluyó que la opinión de los pacientes del servicio de medicina general sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, (HNAL) fue en un 45% medianamente favorable; de modo similar, Timaná (2002) llegó a la conclusión de que la percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) fue en un 45% regular.

La dimensión interpersonal, se refiere a las relaciones interpersonales que se muestra entre el paciente y la enfermera basándose en la comunicación, existiendo oportunidad para interaccionar e intercambiar mensajes adecuados, donde exista una actitud abierta y sensible por parte de las enfermeras hacia el paciente, brindándole un trato digno y respetuoso mostrando confianza, empatía e información, sintiéndose el paciente satisfecho de recibir información sobre su estado y pudiendo expresar sus temores y necesidades (Romero, 2008).

Así también, en el trabajo de Quispe (2005), se concluye que el paciente en la dimensión interpersonal tenía un 44% de opinión medianamente favorable con tendencia a lo negativo; y en el estudio cualitativo de Morales (2004), observa esta autora que la calidad de atención, desde la perspectiva del paciente en la dimensión interpersonal, fue regular.

Respecto a la percepción del paciente frente a la dimensión del entorno (confort), el mayor porcentaje (57,1%) lo percibe en nivel regular, aunque se aprecia un 20,2% que lo percibe en nivel deficiente. Los porcentajes en estos niveles posiblemente se encuentren asociados a ciertas situaciones en las que el paciente manifiesta que

la enfermera no se preocupa por el ambiente de la unidad, así como los ruidos dificultan su descanso, por la invasión de su privacidad y el poco interés por su alimentación; de la misma manera, se relacionaría con la interrupción del sueño reiteradas veces, etc.

La dimensión confort, está dada por las condiciones de comodidad que ofrece el servicio de enfermería; son el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, que van relacionándose con los aspectos visuales que percibe el paciente como es la limpieza y el orden, la privacidad, el descanso y la alimentación. Así, Morales (2004), menciona que los resultados referentes al entorno son deficientes; y en su trabajo, Timaná (2002) encontró que sus encuestados refieren que la dimensión estructura es regular, lo cual en cierta manera es similar a los hallazgos de nuestro estudio.

Por lo expuesto, se puede afirmar que la percepción del paciente en relación a la calidad de atención que brinda la enfermera en la dimensión del entorno (confort) es regular, y, en menor proporción, deficiente, que estaría relacionado a la falta de preocupación por el ambiente de unidad, los ruidos que dificultan el descanso y la falta de interés por la alimentación. Así también, hay un porcentaje significativo (22,6%) que tiene una buena percepción del entorno, relacionándolo a la preocupación por cuidar su privacidad, por la limpieza y por qué haya una buena ventilación; aunque también se registra un 20,2% de pacientes que perciben un nivel deficiente en el confort, asociado a la falta de orientación al ingresar, lo cual puede repercutir negativamente en la calidad de atención que brinda la enfermera al paciente.

Finalmente, respecto a la contrastación de las hipótesis específicas, se encontró que la calidad de atención que brindan las enfermeras correlaciona directamente con cada una de las

dimensiones de la satisfacción de los pacientes de la muestra investigada; es decir, con la satisfacción de necesidades, satisfacción de expectativas y satisfacción de percepciones. Se observó, además, una correlación más fuerte entre la calidad de atención y la satisfacción de percepciones, siendo la correlación más débil la observada entre la calidad de atención y la satisfacción de necesidades.

6.2 Conclusiones

1. En líneas generales, los resultados indican que existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción en los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

2. Asimismo, los resultados muestran que existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de **satisfacción de necesidades** en los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016. El 53,6% de los pacientes manifiesta un nivel medio de satisfacción de necesidades.

3. Se encontró, además, que existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de **satisfacción de expectativas** en los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016. El 45,2% de los pacientes manifiesta un nivel medio de satisfacción de expectativas.

4. Finalmente, los resultados permiten afirmar que existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de **satisfacción de percepciones** en los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016. El 79,8% de los pacientes manifiesta un nivel medio de satisfacción de percepciones.

6.3 Recomendaciones

1. Se recomienda que el Hospital II Lima Norte establezca un espacio de gestión donde el personal de salud desarrolle una cultura de investigación en todos los procesos internos que permitan el mejoramiento continuo de la calidad de atención, lo cual redundará en los niveles de satisfacción de los pacientes.

2. Se recomienda sensibilizar al personal de enfermería, a través de talleres vivenciales, en cuanto a aspectos de atención de las necesidades de los pacientes, considerando que los hallazgos indican un nivel medio predominante de satisfacción de necesidades, a fin de lograr el incremento en el nivel de satisfacción de los pacientes en cuanto a sus necesidades.

3. Debido a que se encontró en este estudio un nivel medio en cuanto a la satisfacción de expectativas, se sugiere realizar difusión a través de medios de perifoneo charlas educativas sobre los servicios y atenciones que brindan en el hospital.

4. Habiendo encontrado un nivel medio en la satisfacción de percepciones lo cual indica que no se está cumpliendo del todo la satisfacción de sus percepciones acerca de la atención brindada por la enfermera, se recomienda realizar talleres de capacitación sobre calidad de atención para los profesionales de enfermería del servicio de cirugía, que enfatizen en la disponibilidad inmediata y en el permanente trato con cortesía, confianza y competencia, con el propósito de mejorar las ideas que el paciente se forma a partir de la atención postoperatoria que recibe de la enfermera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Andia, C. (1998). Administración y calidad. México: Limusa.
- Ardouin, J., Bustos, C. L., Jarpa, M. (1998). La Jerarquía de las Necesidades, según Maslow. Perú. Recuperado de <http://www.apsique.com/tiki-index.php.page-pers-masjn>
- Ariza, C. (2004). Satisfacción del Cuidado de Enfermería en el paciente cardíaco. Medwave, Abr, 4(3). Recuperado de <http://www.medware.d/enfermeria/htm>
- Borré (2013). Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla. Colombia.
- Becerra, A. (1986). Sectores Sociales y la Atención de Salud en el Perú. En tesis. UNMSM. Lima, Perú.
- Bellido J, Lendínez J (2010) Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Bustamante, E. S. (1996). El Cuidado Profesional de Enfermería. Trujillo, Perú.
- Brunner, D.S. Suddarth. (1998) Enfermería Médico Quirúrgico 8ª ed. México: Ed Mc Graw Hill Interamericana.
- Capurro (2010). Calidad de atención que brinda enfermería a los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva. Argentina.
- Cantú H. (2000). Desarrollo de una Cultura de Calidad. México: S.A.

- Centro Empresarial Latino Americano (CELA). (2005). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo IV (Indicadores de Gestión). Lima, Perú.
- Coleman, J. C., Butcher, J. N., Carson, R. C. (1999). Psicología de la Anormalidad y Vida. México: Trillas.
- Colegio de Enfermeros del Perú (CEP, 2001). El Consejo Internacional de Enfermeras. Lima, Peru.
- Cottle, T. J. (1976). Perceiving time: A psychological investigation with men and women. New York: John Wiley.
- Chiavenato, I. (2003). Gestión del Talento Humano. Bogotá, Colombia: McGraw Hill.
- Donabedian, A. (1990). La Investigación sobre la Calidad de la Atención Médica. Salud Pública. México: Vol. 28 p. 340 - 327.
- Donabedian, A. (1995). Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad. En: Calidad de Atención a la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México, Vol. 2, N°3, Feb. Pág. 8.
- Du Gas, B. W. (1998). Tratado de Enfermería Práctica. México: Interamericana.
- Elorza, H. (1987). Estadística para ciencias del comportamiento. México: Harla.
- Gonzales, M. (2002). La Percepción. México. Recuperado de http://rincondelvago.com/percepción_3html

- Gutiérrez, R. (2003). La Satisfacción del Paciente como medida de la Evaluación de la Calidad Percibida. Toledo. Recuperado de <http://www.uclm.es/area/fac/cursos/pcte/ponencias/rodrigo%20gutierrez.pdf>
- Henderson, V. (1960). *Principios básicos de la atención de enfermería*. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México DF: McGraw-Hill.
- Hofling, Ch. (1986). *Enfermería Psiquiátrica*. México: Interamericana S.A.
- Huber, Diane. (1999). *Liderazgo y Administración en Enfermería*. México: Ed. Mc Graw Hill. Interamericana
- Ibarra, CP. (2016) *Evaluación de los programas de salud del adulto mayor el personal de enfermería de la comunidad en la ciudad Nueva Vitoria, México*. [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante.
- Iyer P., Taptich B., Bernocchi D. (1998). *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. España: Interamericana/ McGraw-Hill.
- Jiménez, P. (2000). Cuidados de la autoestima del paciente hospitalizado. *Revista Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 71-78.
- Keith David Y Col. (1997) *Comportamiento Humano en el Trabajo*. 8ª ed. México: Ed. Litográfica Ingramex.
- Kozier B, Glenora, Olivieri R. (1997) *Enfermería Fundamental*. 4ª ed. Tomo 1 España: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana
- Leddy, S. y Pepper, J. (1989). *Bases conceptuales de enfermería profesional*. New York: OPS / J. B. Lippincott Company.

- Leebow W. (1997). Manual de los Administradores de Salud para el mejoramiento continuo. Colombia: Guadalupe.
- Lewis, R. C., & Booms, B. (1983). The marketing aspects of service quality. AMA Proceeding, American Marketing Association Chicago, 99-104.
- Lizarzábal, M., Áñez, M., Romero G. (2006). La satisfacción del usuario como indicador de calidad en el servicio de gastroenterología: Hospital Universitario de Maracaibo. Gen, 60, 28-32. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/1798/1809>
- López, B. (2015). Nivel de satisfacción de las madres de niños/as menores de 2 años sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo del Hospital Santa Rosa UNMS.
- López y Rodríguez (2012). Nivel de satisfacción del paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del Hospital II 2 MINSa - Tarapoto. Periodo Junio - Julio 2012.
- Llinás, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del Sistema. Revista Salud Uninorte, 26 (1), 143-154.
- Manual de Organización y Funciones del Servicio de Enfermería en Cirugía (2009). Aprobado por: R.D. N° 312-2009-SA-DS-HNCH-DG. Ministerio de Salud. Recuperado de http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/pdfs/Organo_Linea/Enfermeria/MOF_Servicio_Enfermeria_en_Cirugia.pdf

- Marriner, A. (1998). Manual para Administración de Enfermería. México: Interamericana.
- Marky (2013). Satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con infección respiratoria aguda en el Hospital Nacional Dos De Mayo Diciembre 2012. Lima, Perú.
- Martínez, A. (1997). El profesional de enfermería en su entorno de trabajo. Humanización de la asistencia. En L. Pastor y F. León (Comp.), Manual de ética y legislación en enfermería, Madrid: Mosby/Doyma.
- Maslow, A. H. (1943). Teoría motivación humana. Ediciones Díaz de Santos.
- Miller, M. (1977). Debt and Taxes. The Journal of Finance, Vol. 32, No. 2, May- 261-275.
- Ministerio de Salud (MINSA) (1998). Proyecto de Salud Materno Perinatal (Proyecto). Manual de Comunicación Interpersonal para la Calidad de Atención y la Satisfacción de los Usuarios. Lima, Perú: Gráfica S.A.
- MINSA (2009). Dirección de calidad en salud. La baja calidad de atención. Lima, Perú.
- MINSA (2011). Proyecto de Salud y Nutrición Básica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Gestión de la Calidad Módulo II. Lima: MINSA.
- Morales, M. (2004). Calidad de atención desde la perspectiva del paciente. En tesis. Universidad Autónoma de Nuevo León. España.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 1966). Universalidad Peru.

- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos. Perú.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la salud (2004). La investigación articulando la docencia y asistencia de enfermería para el cuidado.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. y Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, vol. 64 (1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. y Berry, L.L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, vol. 49, 41-50.
- Potter, P. (2003). *Fundamentos de Enfermería*. España: Harcourt/Océano.
- Puebla, D. C., Ramírez, A., Ramos, P., Moreno, M. T. (2009). Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de Enfermería. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 17 (2), 97-102.
- Quispe, Á. M. (2005). Opinión que tienen los pacientes del servicio de Medicina General sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Arzobispo Loayza. Tesis. UNMSM. Lima, Perú.
- Romero, L. C. (2008). Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis para optar el título
- Robbins Stephen. (1998) *Comportamiento Organizacional* 8ª ed. México: Ed. Tipográfica Barsa

Romer y Montoya, (2011), definen la calidad como el desempeño apropiado de la investigación editorial del Minsa pág. 65.Lima,Peru.

Rondón y Salazar (2010). Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de Maternidad I del Hospital Universitario Ruiz y Páez Ciudad Bolívar. Venezuela.

Rotondo, H. (1989). Selección de Lecturas de Ciencias de La Conducta aplicada a la Salud. Perú: UNMSM.

Ruelas, B. M. (2000). Los Paradigmas de la Calidad en la Atención Médica Proyecto 2000. Ministerio de Salud. México: Interamericana.

Saldaña y Sarango (2015). Calidad de atención científico humanístico que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario del Centro de Salud de Cojitambo. Azogues, 2014. Ecuador.

Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). Metodología y diseños en la investigación científica. Lima: Business Support Aneth SRL.

Secretaría de Salud (2002). Evaluación sistematizada de la calidad de los *servicios de enfermería*. Comisión Interinstitucional de Enfermería.

Sánchez, F. et al. (1998). Guía de intervención de Enfermería basada en la evidencia científica Gerencia. Colombia: Carreta.

Senge, P. M. (1999). La quinta disciplina. Barcelona: Granica.

Swan, J. E. and Trawick, I. F. (1980). Satisfaction Related to Predictive vs. Desired Expectations. In Refining Concepts and Measures of Consumer Satisfaction and Complaining Behavior, H. Keith Hunt and

Ralph L. Day, eds. Bloomington, IN: Indiana University School of Business.

Thompson I. (2006). La Satisfacción del Cliente. Recuperado de <http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/satisfacción.cliente>.

Timaná, L. (2002). Percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión; Lima. Publicaciones de Medicina en Portales Médicos.com.

Urure, I. N. (2007). Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica.

Vroom, V. (1960). La teoría de la expectativa. Guía de gestión y dirección de enfermería.

Zas, B. (2002). La Satisfacción como indicador de Excelencia en la Calidad de los Servicios. Cuba. Recuperado de <https://www.psicología científica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-zasros02.htm>

Zavala (2010). Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009.

Zevallos, W. (2009). XII Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título del Proyecto: NIVEL DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES RELACIONADO CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA. SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL II LIMA NORTE, MAYO - 2016

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables / Dimensiones	Indicadores	Método
<p>Problema general</p> <p>¿Qué relación existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de Cirugía, Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación que existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de Cirugía, Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>H_G: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>Calidad de atención que brindan las enfermeras.</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Componente interpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> o Presentación de la enfermera a cargo del paciente o Saludo cordial por parte del personal o Orientación sobre las técnicas que usan para los procedimientos que realizan o Atención inmediata frente a la necesidad que presente el paciente 	<p>Tipo: Cuantitativo.</p> <p>Nivel: Descriptivo.</p> <p>Método: Descriptivo.</p> <p>Diseño del estudio: Descriptivo correlacional.</p> <p>Población: Conformada por N=107 pacientes adultos atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte.</p> <p>Muestra:</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>1: ¿Qué relación existe entre la calidad de atención que brindan las</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>1. Identificar la relación que existe entre la calidad de atención que</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>HE₁: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel</p>			

<p>enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de necesidades, del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016?</p> <p>2: ¿Qué relación existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de expectativas, del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016?</p> <p>3: ¿Qué relación existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el</p>	<p>brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de necesidades del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.</p> <p>2: Establecer la relación que existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de expectativas del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.</p> <p>3. Conocer la relación que</p>	<p>de satisfacción de los pacientes en su dimensión necesidades del servicio de Cirugía del Hospital Lima Norte, Mayo - 2016.</p> <p>HE₂: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión expectativas del servicio de Cirugía del Hospital Lima Norte, Mayo - 2016.</p> <p>HE₃: Existe relación directa entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Componente del entorno (confort) <ul style="list-style-type: none"> • Componente técnico <p>Variable dependiente: Nivel de satisfacción de los pacientes</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De necesidades 	<ul style="list-style-type: none"> o Iluminación adecuada de su ambiente o Orientación al paciente sobre el ambiente que va a ocupar o Servicio de sus alimentos de acuerdo a lo indicado o Consideración de la privacidad del paciente o Estructura física o Competencia profesional o Eficiencia o Accesibilidad o Seguridad <ul style="list-style-type: none"> o Fisiológicas o Seguridad y protección o Amor y pertenencia 	<p>Se trabajó con un grupo de n =84 adultos hospitalizados en el mes de mayo en el servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.</p> <p>Tipo de muestreo: Se empleó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.</p> <p>Instrumentos:</p> <p>a) Cuestionario de calidad de atención.</p> <p>b) Cuestionario de satisfacción.</p>
---	--	--	---	---	---

<p>nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de percepciones del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016?</p>	<p>existe entre la calidad de atención que brindan las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes en su dimensión de percepciones del servicio de Cirugía del Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.</p>	<p>los pacientes en su dimensión percepciones del servicio de Cirugía del Hospital Lima Norte, Mayo - 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De expectativas • De percepciones 	<ul style="list-style-type: none"> o Accesibilidad o Agilidad o Comunicación o Disponibilidad o Cortesía o Confianza o Competencia 	
---	---	--	--	---	--

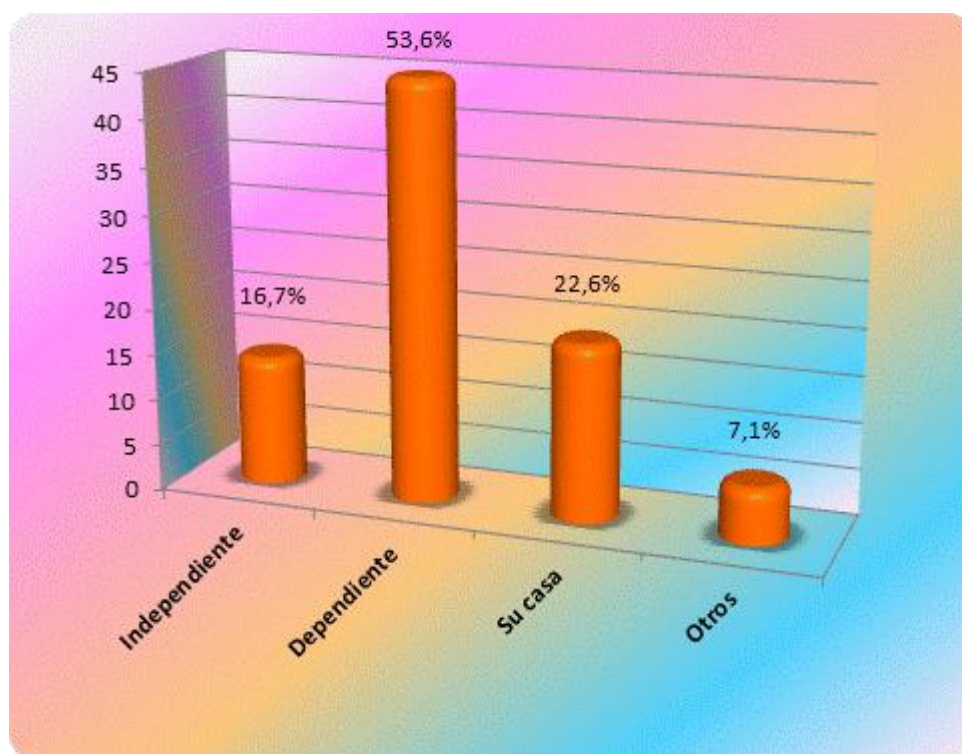
ANEXO 2: RESULTADOS ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS

Tabla N° 6

Frecuencias y porcentajes según condición laboral
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	14	16,7%
Dependiente	45	53,6%
Su casa	19	22,6%
Otros	6	7,1%
Total	84	100,0%

Gráfico N° 6



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

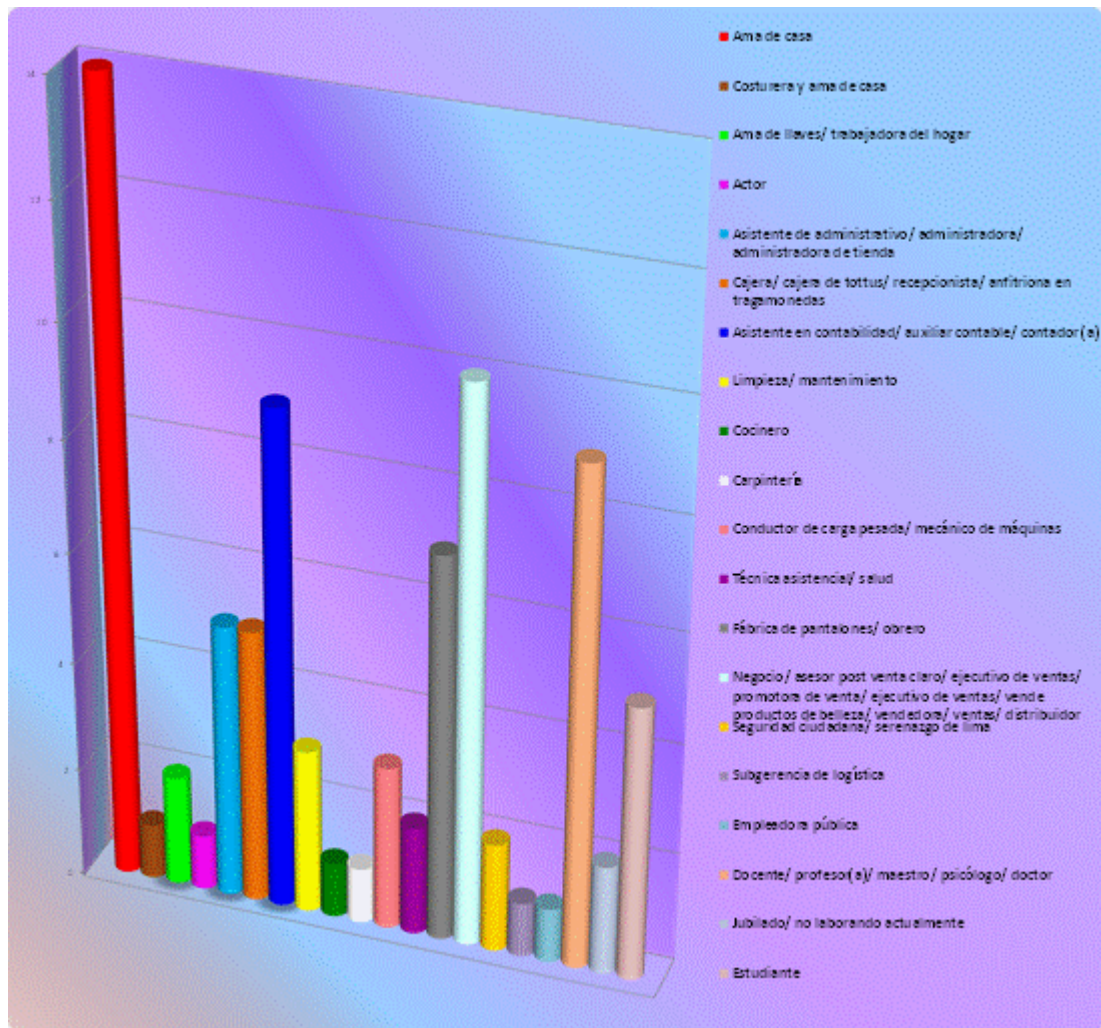
Se puede observar que la mayoría de los pacientes encuestados se encuentra en la condición laboral de dependiente (53,6%); el 22,6% tiene como ocupación ser ama de casa, en tanto que el 16,7% se desempeña como independiente; en menor porcentaje, el 7,1%, está en otros, es decir, en situación de jubilada(o) o estudiante.

Tabla N° 7

Frecuencias y porcentajes, según trabajo al que se dedica específicamente,
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Ocupación	F	%
Ama de casa	14	16,7%
Costurera y ama de casa	1	1,2%
Ama de llaves/ trabajadora del hogar	2	2,4%
Actor	1	1,2%
Asistente de administrativo/ administradora/ administradora de tienda	5	6,0%
Cajera/ cajera de Tottus/ recepcionista/ anfitriona en tragamonedas	5	6,0%
Asistente en contabilidad/ auxiliar contable/ contador (a)	9	10,7%
Limpieza/ mantenimiento	3	3,6%
Cocinero	1	1,2%
Carpintería	1	1,2%
Conductor de carga pesada/ mecánico de máquinas	3	3,6%
Técnica asistencial/ salud	2	2,4%
Fábrica de pantalones/ obrero	7	8,3%
Negocio/ asesor post venta claro/ ejecutivo de ventas/ promotora de venta/ ejecutivo de ventas/ vende productos de belleza/ vendedora/ ventas/ distribuidor	10	11,9%
Seguridad ciudadana/ serenazgo de lima	2	2,4%
Subgerencia de logística	1	1,2%
Empleadora pública	1	1,2%
Docente/ profesor(a)/ maestro/ psicólogo/ doctor	9	10,7%
Jubilado/ no laborando actualmente	2	2,4%
Estudiante	5	6,0%
Total	84	100,0%

Gráfico N° 7



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

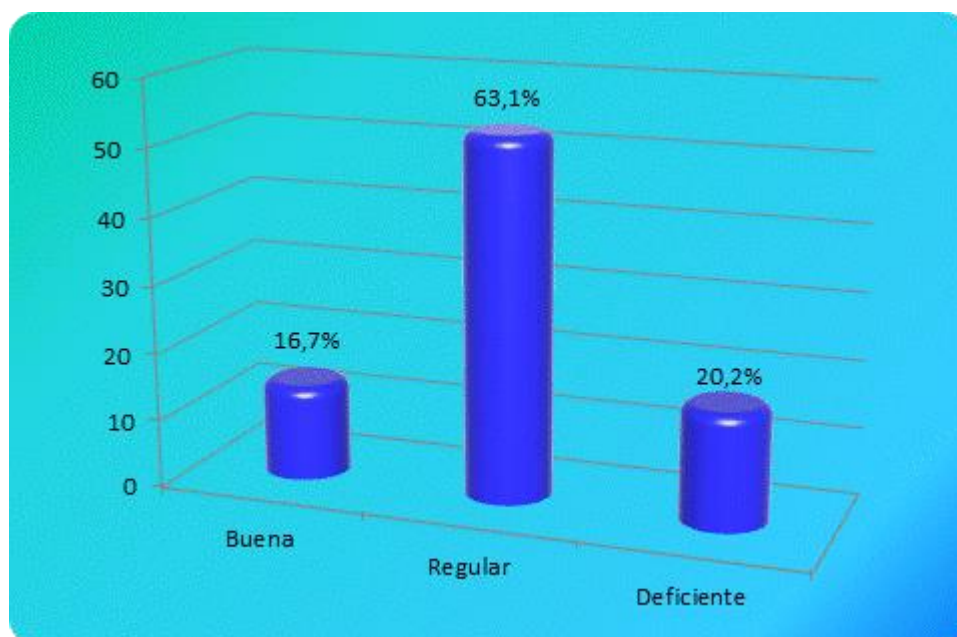
Frente a la pregunta del trabajo al que se dedica específicamente, el 16,7% de los pacientes de la muestra estudiada respondió que se desempeña como ama de casa; mientras que el 11,9% manifestó que se desenvuelve en el negocio y las ventas. Asimismo, el 10,7% refiere ser entre asistente de contabilidad, auxiliar contable y contador (a), en tanto que otro 10,7% se encuentra laborando como docente, profesor (a), maestro, psicólogo o doctor. En porcentajes menores al 10%, se enumeran los diversos oficios que realizan los pacientes, que se encuentran descritos en la figura 7 adjunta. Cabe indicar, asimismo, que un 6% de los pacientes se encuentra como estudiante; y el 2,4%, como jubilado o no laborando actualmente.

Tabla N° 11

Frecuencias y porcentajes en la escala total de la variable: Calidad de atención.
Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena	14	16,7%	16,7%
Regular	53	63,1%	79,8%
Deficiente	17	20,2%	100,0%
Total	84	100,0%	

Gráfico N° 11



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

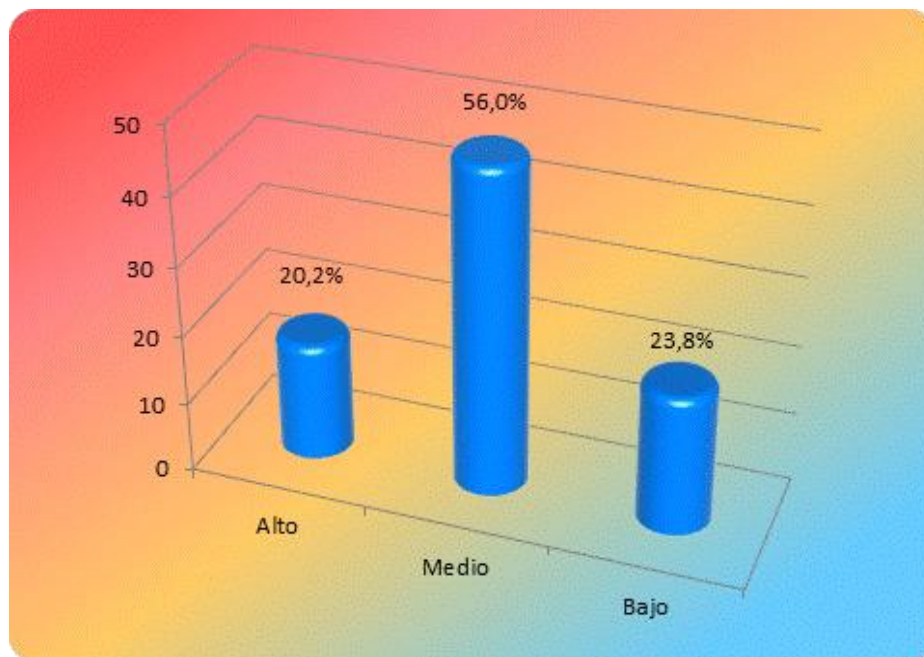
Con relación a la escala total de la variable: Calidad de atención, se puede observar, por las respuestas del 63,1% de los pacientes encuestados, que se encuentra en nivel medio; por las del 20,2%, se encuentra en nivel deficiente; y por las del 16,7%, se ubica en un buen nivel.

Tabla N° 15

Frecuencias y porcentajes en la escala total de la variable: Satisfacción Servicio de Cirugía.
Hospital II Lima Norte, Mayo - 2016.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alto	17	20,2%	20,2%
Medio	47	56,0%	76,2%
Bajo	20	23,8%	100,0%
Total	84	100,0%	

Gráfico N° 15



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Análisis e interpretación de datos

En cuanto a la escala total de la variable: Satisfacción, se puede observar que el 56% de los pacientes de la muestra investigada se encuentra satisfecho en un nivel medio; en tanto que el 23,8% se ubica con un nivel bajo; y el 20,2%, con un nivel alto.

INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

CUESTIONARIO 1 (Elaborado y validado por Romero, 2008)

PRESENTACIÓN

Estimado Sr. (Sra.) (Srta.): Buenos días, mi nombre es Rosa Arango Parhuana, egresada de enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. En esta oportunidad, me es grato dirigirme a Ud. para presentarle este cuestionario que tiene como finalidad obtener información sobre la apreciación que Ud. tiene en torno a la calidad de atención que le brinda la Enfermera de este servicio. Le hacemos de su conocimiento que este instrumento es anónimo y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Agradezco anticipadamente su colaboración.

I.- DATOS GENERALES

Edad: _____ años.

Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado Civil:

Soltero(a) () Separado(a) ()
Conviviente () Divorciado(a) ()
Casado(a) () Viudo(a) ()

Grado de Instrucción:

Primaria completa () Superior completa ()
Primaria incompleta () Superior incompleta ()
Secundaria completa () Analfabeto(a) ()
Secundaria incompleta ()

Tiempo de Hospitalización:

05 - 09 días () 25 - 29 días ()
10 - 14 días () 20 - 24 días ()
15 - 19 días ()

Condición Laboral:

Independiente () Su casa ()
Dependiente () Otros ()

Especifique, por Favor, a Qué se Dedicar:

II.- CONTENIDO

A continuación, en la siguiente página se presenta una serie de ítems; léalos detenidamente y, según sea su opinión, marque con un Check (√) o Aspa (X) en el casillero correspondiente.

N°	Ítems	Siempre	A Veces	Nunca
01	Las enfermeras(os) lo saludan al ingresar a su ambiente.			
02	Las enfermeras(os) se identifican con su nombre al ingresar al ambiente hospitalario.			
03	Las enfermeras(os) lo llaman a Ud. por su nombre.			
04	Observa Ud. que las enfermeras(os) se preocupan por cuidarle su privacidad.			
05	Cuando Ud. descansa, las enfermeras(os) interrumpen su descanso reiteradas veces para darle sus medicamentos.			
06	Las enfermeras(os) se muestran amables al momento de atenderlo.			
07	Las enfermeras(os) lo llaman a Ud. por el número de cama donde se encuentra.			
08	Las enfermeras(os) permiten que Ud., exprese sus preocupaciones y temores.			
09	Cuando Ud. tiene alguna necesidad para su cuidado y llama a la enfermera(o), ésta acude de manera inmediata.			
10	Observa Ud. que las enfermeras(os) orientan al paciente al ingreso de su hospitalización.			
11	Cuando Ud. le realiza una pregunta a la enfermera(o), ésta le contesta con términos sencillos que pueda Ud. entender.			
12	Las enfermeras(os) muestran preocupación porque se le brinde a Ud. los alimentos adecuados.			
13	Si Ud. tiene mucho dolor y le pide a la enfermera(o) que lo atienda, ella (él) lo hace de manera inmediata.			
14	Cuando sus familiares lo visitan, las enfermeras(os) tienen un trato cordial hacia ellos.			
15	Observa que las enfermeras(os) se preocupan porque Ud. descanse.			
16	El ambiente donde está Ud. hospitalizado lo observa limpio.			
17	Las enfermeras(os) se preocupan porque el ambiente donde Ud. está hospitalizado se encuentre limpio.			
18	El ambiente donde Ud. se encuentra hospitalizado tiene buena iluminación.			
19	El ambiente donde Ud. se encuentra hospitalizado lo observa ordenado.			
20	El ambiente donde Ud. está hospitalizado cuenta con una buena ventilación.			
21	Observa Ud. que las enfermeras(os) se preocupan porque el ambiente donde está hospitalizado tenga buena ventilación.			
22	Observa Ud. que el ambiente donde está hospitalizado es adecuado para mantener su privacidad.			
23	Si hay mucho ruido en el ambiente, las enfermeras(os) se preocupan por disminuir el ruido y facilitar su descanso.			
24	Las enfermeras(os) solicitan su colaboración al momento que van a realizarle un procedimiento.			
25	Ud. observa que las enfermeras(os) le respetan sus costumbres y creencias.			
26	Cuando las enfermeras(os) se dirigen a Ud., lo miran directamente y realizan gestos amables.			
27	Las enfermeras(os) preguntan y observan las necesidades que Ud. tiene en forma periódica y regular.			
28	Durante su estancia en el hospital, Ud. se siente tranquilo por la atención que le brinda la enfermera(o).			

Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO 2
(Elaborado y validado por Urure, 2007)

El presente cuestionario es anónimo y contribuirá a mejorar la calidad de atención brindada en el servicio; motivo por el cual, solicitamos a Ud. su seriedad al responder cada una de las siguientes preguntas, marcando con un Check (\checkmark) o Aspa (X) la opción elegida.

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA POST-OPERATORIA:

A. DE LAS NECESIDADES:

Fisiológicas: (Nutricionales)

1. ¿La enfermera se preocupa por ver que su suero esté pasando bien?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

2. ¿La enfermera está pendiente de retirar o cambiar el suero cuando este ha terminado?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

3. Cuando usted tiene sed y aún no toma líquidos, ¿la enfermera le humedece los labios?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

4. En caso de dieta líquida amplia: ¿Le preguntan cuánto de líquido tomó durante el día?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

Fisiológicas (De eliminación):

5. ¿Le colocan la chata u orinal cuando usted necesita usarla?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

6. ¿Le asisten alcanzándole una riñonera en caso de presentar vómitos?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

Fisiológicas (Reposo y confort y de evitación del dolor):

7. ¿Siente usted que su cama y unidad se encuentran ordenadas y limpias durante el día?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

8. Cuando le indican que se siente o camine, ¿Le ayudan a hacerlo?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

9. ¿La enfermera le enseña a practicar ejercicios de relajación (sentarse en la cama, ejercicios respiratorios, otros) para disminuir el dolor?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

10. ¿La enfermera le presta atención cuando usted siente mucho dolor?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

11. ¿Siente que la enfermera conversa con usted, ayudándole por un instante a olvidarse de sus problemas?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

De Seguridad y Protección:

12. ¿La enfermera tiene el cuidado de limpiarle la piel con un algodón antes de colocarle una inyección o ponerle el suero?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

13. ¿La enfermera le controla la temperatura, el pulso, presión arterial y respiración, durante el día?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

14. ¿La enfermera le indica el por qué antes de realizarle algunos procedimientos?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

15. ¿La enfermera observa que usted esté libre de caídas?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

16. ¿La enfermera observa las gasas que cubren su herida para saber si están secas, limpias?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

De Amor y Pertenencia:

17. ¿La enfermera se preocupa por preguntarle cómo se siente?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

18. ¿La enfermera le escucha cuando usted quiere expresarle algo?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

19. ¿La enfermera le hace sentir que para ella su recuperación es importante?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

B. DE LAS EXPECTATIVAS:

En cuanto accesibilidad, agilidad y comunicación:

20. ¿Se siente satisfecha, por el cambio rápido de la vía endovenosa y de verificar que está bien?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

21. ¿Se siente satisfecha con los cambios de posición y movilización que le realiza la enfermera?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

22. En caso de dieta líquida amplia: ¿La enfermera le da líquidos en forma rápida cuando usted lo necesita y desea?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

23. ¿Se siente cómodo/a con la atención que le da la enfermera, con los pocos recursos que le ofrece el hospital?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

24. ¿Puede expresar lo que siente y desea esperando obtener una respuesta amable de la enfermera?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

C. DE LAS PERCEPCIONES:

En cuanto a Disponibilidad:

25. ¿La enfermera se mostró cuidadosa al brindarle su tratamiento ya sea pastillas o inyectables?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

En cuanto a Cortesía:

26. ¿La enfermera se mostró amable cuando se sintió incómodo/a o tenía dolor?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

27. ¿Sintió que la enfermera fue amable y le comprendió al demostrar usted sus sentimientos o emociones?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

En cuanto a Confianza:

28. ¿Considera a la enfermera como una persona a la que puede pedirle ayuda?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

29. ¿Confía usted en los procedimientos que le realiza la enfermera?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

En cuanto a Competencia:

30. A su parecer: ¿La enfermera está capacitada para atenderla (tanto en conocimientos como en el trato personal)?

Nunca	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre

**Por favor, al terminar verifique sus respuestas a todas las preguntas.
Gracias por su colaboración.**