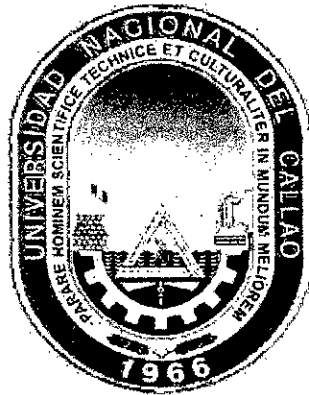


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“LA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y LA
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE SOBRE EL
CUIDADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
HOSPITAL JULIO CESAR DEMARINI CARO LA MERCED,
2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA INTENSIVA**

AUTORES

**ALEX DENNIS ALVARADO GARAY
ELIZABETH MARITZA CÁRDENAS MÉNDEZ
PABLO LEANDRO SALIS CAJAS**

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

LIC. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN	Presidenta
MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA	Secretario
MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 002

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 015

Fecha de aprobación de la Tesis: 25/05/2018

Resolución de Decanato N°1261 2018-D/FCS de fecha 21 de Mayo del 2018 de designación de Jurado Examinador de Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. ALVARADO GARAY ALEX

LIC. CARDENAS MENDEZ ELIZABETH MARITZA

LIC. SALIS CAJAS PABLO LEANDRO

DEDICATORIA

A Dios porque nos da la oportunidad de apoyar al prójimo, a nuestras hermanas, hermanos por su ayuda y apoyo en nuestro deseo de superación. A nuestros padres por sus sabios consejos, gracias a ellos por hacer posible que alcancemos nuestras metas.

Elizabeth Maritza, Alex Dennis y Pablo Leandro

AGRADECIMIENTO

A la Unidad de segunda especialidad Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional del Callao.

Al Dr. César Guevara Llacsá, Dra. Lindomira Castro Llaja y Dra. Zoila Díaz Tavera, por su apoyo incondicional y valiosa orientación para la realización de la tesis.

A los trabajadores y familiares de los pacientes del Hospital Julio Cesar Demarini Caro – La merced Chanchamayo de la unidad de cuidados intensivos, por su colaboración y apoyo para la realización de la tesis.

Autores

ÍNDICE

ÍNDICE	1
TABLAS DE CONTENIDO	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	6
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.1. Identificación del problema:	8
1.2. Formulación del problema:	17
1.3. Objetivos de la investigación:	18
1.4. Justificación:	19
II. MARCO TEÓRICO	22
2.1. Antecedentes del estudio:	22
2.2. Base epistémicas, culturales, científicas:	29
2.3. Definición de términos básicos:	88
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	90
3.1. Definición de las variables:	90
3.2. Operacionalización de variables:	91
3.3. Hipótesis general:	94
IV. METODOLOGÍA	95
4.1. Tipo de investigación:	95
4.2. Diseño de investigación:	96
4.3. Población y muestra:	96
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:	98
4.5. Procedimiento de recolección de datos:	99

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos:.....	99
V. RESULTADOS	101
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	109
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados:.....	109
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares:	110
VII. CONCLUSIONES.....	116
VIII. RECOMENDACIONES.....	117
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
ANEXOS.....	127

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla N° 5.1	Relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.....	101
Tabla N° 5.2	Nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.....	103
Tabla N° 5.3	Dimensiones del nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.....	104
Tabla N° 5.4	Percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.	107
Tabla N° 5.5	Dimensiones de la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.	108

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado **“LA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y LA PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL JULIO CESAR DEMARINI CARO LA MERCED 2017”**, tuvo como objetivo: Establecer la relación que existe entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro. La Merced 2017.

Material y método. Estudio de tipo aplicada de corte transversal, de diseño descriptivo correlacional, tuvo como población a 33 personales de salud y 113 familiares de pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos y con una muestra de 33 personales de salud y 33 familiares de pacientes, se utilizó como instrumento el cuestionario con una escala de Lickert modificada, la técnica empleada fue la encuesta; el análisis estadístico se dio mediante el programa SPSS V 23.

Resultados. Del 100% (33) de encuestados tanto personal de salud como familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos podemos apreciar que cuando el nivel de motivación es alto 45.45% (15), la percepción de los familiares sobre el cuidado es favorable 24.24% (8), y cuando la motivación es media 51.52% (17) la percepción del familiar sobre el cuidado es medianamente favorable 27.27% (9).

Conclusión final. Existe relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.

Palabras clave: Motivación del personal de salud, percepción del familiar del paciente sobre el cuidado, unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

The present study of investigation put a title to “**THE MOTIVATION of the STAFF ED CHEERS AND THE PERCEPTION of the RELATIVE of the PATIENT ON THE CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT. HOSPITAL JULIUS CAESAR EXPENSIVE DEMARINI MERCY 2017**”, had like objective: Establishing the relation that exists between the motivation of the staff of health and the perception of the relative of the patient on the care in the intensive care unit of the Hospital Julius Cesar Demarini Caro. Mercy 2017.

Material and method. Study of type applied of crosscut, designing the descriptive correlational, he had like population 33 staffs of health and 113 relatives of patients attended in the intensive care unit and with 33 staffs' sample of health and 33 relatives of patients, was used like instrument the questionnaire with a scale of Lickert modified, the engineering female employee was the opinion poll; The statistical analysis gave himself by means of the program SPSS V 23.

Results. Of the 100 % (33) of pollees personal portions of health as the relatives of inpatients in the intensive care unit can appreciate that when the level of motivation is high 45,45 %(15), the perception of the relatives the take care of is favorable 24,24 % (8), and when her motivation is mediate 51,52 % (17), her perception of the relative the take care of is fairly favorable 27,27 % (9).

Final conclusion. There is relation between the motivation of the staff of health and the perception of the relative of the patient on the care in the intensive care unit of the Hospital Julius Cesar Demarini Caro Mercy 2017.

Keywords: Motivation of the staff of health, perception of the relative of the patient on care, intensive care unit.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

La unidad de cuidados intensivos es un servicio que genera tanto a los trabajadores como a los pacientes y a su familia un nivel de estrés que comienza desde su ingreso y que permanece durante toda su estancia. Su valor está comprobado en la complejidad del tratamiento del enfermo grave y temprana recuperación de injurias severas (1). En dichas unidades, de características físicas y técnicas particulares, se conjugan varios aspectos que conforman una atmosfera psicológica especial y poco usual, lo cual genera algunos efectos en el personal de salud, paciente y su familia; de ahí que su ingreso a la UCI, frecuentemente constituye una experiencia nueva, única, a veces atemorizante y cobra especial relevancia a la adaptación a este nuevo estado y sistema de vida (2).

Partiendo de su connotación física y psicológica, en el enfermo crítico se consideran dos sistemas de interacción presentes durante su hospitalización en UCI; es así como los aspectos físicos y psíquicos dentro del mismo sujeto, pueden facilitar o hacer más compleja la recuperación de su enfermo. En este ámbito los pacientes y en especial su familia, experimentan muchos temores relacionados con la situación de salud de su familiar, porque desconocen el curso de la enfermedad, experimentan sufrimiento y en

algunos casos se ven enfrentados a la toma de decisiones difíciles en cuanto a un aspecto definitivo del tratamiento de este. Pero el estar en relación activa con una o varias personas que comportan con ellos, que reciben sus confidencias, que los escuchan, ya representa un importante alivio (1).

En consecuencia, la exploración de la experiencia del paciente crítico y de sus acompañantes respecto a su situación y la identificación de aquellos aspectos que favorecen la aparición de temor, hará más amplio el campo de conocimiento respecto a este tópico de investigación en enfermería y proporcionará herramientas para que Enfermería diseñe su plan de cuidado basado en el conocimiento producido según los hallazgos de este estudio y aplicable en diferentes contextos (2).

Actualmente, al ser aplicados en el campo de salud la motivación del personal como la satisfacción en su puesto de trabajo son temas centrales de las instituciones de salud, debido a que la calidad del trabajo depende fundamentalmente de la motivación, su interés y preocupación para mejorar la salud de los usuarios, así como, también la satisfacción del trabajador conduce de manera directa a un desempeño eficaz de las tareas.

La motivación laboral es entendida como el grado de compromiso de la persona, es un proceso que activa, orienta, dinamiza y mantiene el comportamiento de los individuos hacia la realización de objetivos esperados y por tanto afectará directamente a todos los aspectos del desempeño, desde mediciones básicas como la asistencia hasta mediciones

más complejas como la disposición para aprender nuevas destrezas o seguir nuevos protocolos de tratamiento, o bien para adoptar nuevas formas de pensamiento y organización en la presentación de los servicios (3).

En la actualidad se puede constatar en todo el mundo, al menos desde el Discurso la intencionalidad de mejorar y considerar aquellas cuestiones que son fuentes de motivación de los trabajadores en búsqueda de un mejor desempeño.

Así, en Alemania, según la encuesta realizada por Monster en el año 2012 revela la importancia de encontrar el trabajo adecuado para la facilidad general: el 76% de los encuestados, respondieron que tener el trabajo correcto les da la mayor motivación y satisfacción y es esencial para su felicidad.

El resultado es notablemente superior al resto de los países entre los que destacan México (47%), Canadá (44%), EE.UU. (43%) Y Reino Unido (42%). (4). También en México según, Chico M, en el año 2011, realizó una encuesta a más de 2750 mexicanos, donde el 66% asegura sentirse motivados y satisfechos, por su trabajo y el restante 34% lo contrario. (5)

Según el Banco Internacional de Desarrollo (BID), EL 81% de los latinoamericanos están motivados y satisfechos con su empleo. Los más contentos con su trabajo son los venezolanos y los más descontentos con su trabajo los cubanos. Los colombianos están por encima del promedio, pues el 86% se declara motivado y satisfecho con su puesto de trabajo. (6)

La Organización Mundial de Salud reconoce que la opinión del usuario está relacionada con el principio de participación del consumidor. Si el objetivo principal de la presentación de un servicio sanitario es el usuario, es necesario conocer su opinión y su grado de satisfacción al respecto, para ajustar en todo lo posible el servicio ofertado a sus necesidades reales, expectativas y prioridades (7). La Unión Europea en su libro Blanco de la Salud (2008 -2013) argumenta que es fundamental la participación de los ciudadanos como valor fundamental. Actualmente la atención sanitaria se centra cada vez más en el paciente y es más individualizada, de modo que el paciente ha dejado de ser mero objeto de la atención sanitaria para convertirse en sujeto activo de la misma (8). También en el plan de salud de Cataluña 2010, en su tercer eje de acción, expresa que la atención sanitaria, ha de estar orientada a las necesidades de salud, y engloba buena parte de las propuestas destinadas a ofrecer servicios de salud de calidad (9).

El trabajo en salud es variado, de gran responsabilidad y demanda una actuación inmediata y eficaz, por ello se requiere profesionales motivados, con buena formación, con autonomía en su trabajo, pero a la vez es necesario una buena comunicación entre el personal de salud, paciente y familia.

De modo que, ante el inminente hecho de la hospitalización en UCI de un paciente, con frecuencia se puede evidenciar que ello provoca en el familiar una sensación de inestabilidad emocional provocando diversas reacciones

emocionales que distan desde el llanto, la negación, enojo, cólera, ira y la no aceptación de la enfermedad. El aislamiento del enfermo – familia tiene repercusiones para ambos y de forma indirecta influye también negativamente en el sistema y sobre la familia se produce un aumento de los niveles de ansiedad. (10).

Por otra parte, la Asociación Americana de Psiquiatría, califica la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos como un estrés traumático, ya que somete a los miembros de una familia a una difícil situación que implica cambios de roles, desplazamientos del hogar y miedo a la muerte; la familia se ve obligada a compaginar sus sentimientos de incertidumbre con la comprensión de explicaciones, la toma de decisiones difíciles y en ocasión, con la aceptación de lo inevitable. Estos conflictos afectivos y emocionales pueden repercutir no solo en la salud psicológica de la familia sino, además, en la recuperación del paciente.

Durante el proceso evolutivo de un paciente crítico, somete a los miembros de su familia a una situación difícil, experimentando actitudes, sentimientos y reacciones emocionales afrontando una crisis situacional de manera súbita ante la enfermedad de su pariente enfermo ante la falta o disminución atención por los profesionales de la salud poco motivados.

Por ello al representarse una gran distancia entre aspiraciones y la realidad, mayor será el estrés emocional de los pacientes y sus familias, mayor será la sensación de insatisfacción y menos será el grado de comunicación.

Sin embargo, aun cuando el desenlace del paciente sea la muerte, el ajuste progresivo de las expectativas de la familia a lo largo del proceso de atención y cuidados permite redefinir esas expectativas y ajustar la distancia entre lo superado y lo logrado. Este entendimiento es posible solo a través de una eficaz comunicación. Al final, tanto el equipo de salud como los familiares deberán quedar satisfechos con los esfuerzos realizados y conformes con los límites humanos de la medicina. Conocer, comunicar y entender son las claves para lograr.

El personal de salud que colabora a recobrar el bienestar completo biopsicosocial del paciente crítico y familia, mejorando su calidad de vida y cuidado de esta las áreas de necesidad considerando el cuidado humanizado, es decir desde el punto de vista holístico integral, que posee un conocimiento adecuado para el ejercicio de esta, apoyando y ayudando a él y a su familia a afrontar la gravedad de la enfermedad.

La percepción familiar frente al rol de enfermería de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (4 piso) de la Fundación Cardiovascular de Colombia fue positiva, encontrándose satisfechos con la atención brindada durante la hospitalización de sus parientes en relación a las actividades y cuidados otorgados por el personal de enfermería (11).

En el Perú, el 100% de profesional de enfermería están motivados en su centro de trabajo. Así mismo al valorar las dimensiones de la motivación se

obtuvo que el 100% presentan motivación en la dimensión identidad con la tarea; destacándose las dimensiones identidad y autonomía por mostrar niveles significativos de motivación, en cuanto a las dimensiones que presentan no estar motivados están la retroalimentación, importancia variedad de la tarea (12).

La percepción de los familiares del paciente crítico en la mayoría son medianamente favorable a desfavorable, referida a que se muestran muy ocupadas para atenderlos y hacen gestos de molestia cuando el familiar pregunta repetida veces sobre un mismo tema; y un mínimo porcentaje significativo es favorable cuando la enfermera utiliza un lenguaje claro, sencillo al conversar o responder. (13)

En nuestro departamento se ha podido observar desde la práctica profesional que el personal de salud que labora en los diferentes servicios hospitalarios no cuentan con los equipos necesarios para sus procedimientos, se puede apreciar que no existe una adecuada distribución de los servicios, así mismo se refleja en su comportamiento y sus actividades que no tienen buenas relaciones interpersonales entre compañeros de trabajo, todo puede tener relación de manera directa e indirecta sobre su motivación en el trabajo, lo que estaría traducido en una baja calidad de atención y de productividad para el establecimiento de salud en mención y para los usuarios que allí se atienden.

La percepción que el familiar tiene sobre la atención del personal de salud no es la más adecuada debido a la inadecuada comunicación.

En nuestra institución se percibe muchas situaciones que influyen en el desempeño del personal de salud lo que genera que se encuentren poco o casi nada motivados, al interactuar con el personal de salud refieren: “Estoy cansado”, “Ya quiero que acabe el turno” “No tenemos los materiales para dar una buena atención, “No me gusta este servicio” entre otros, en algunos casos con mal humor y escasa creatividad para las actividades cotidianas relacionados a los cuidados que deben brindar según las necesidades de cada paciente. Se tiene ciertas limitantes como infraestructura inadecuada, déficit de equipos (aire acondicionado), insuficiente material e insumo medico (guantes, mandilón, mascarilla, botas, cartuchos de AGA, jeringa de 1 cm, debido a que la unidad de cuidados intensivos tiene poco tiempo de funcionamiento aprox. 2 años, el personal de salud siente temor al ser rotado a esta área por desconocimiento de las actividades que se realizan en ella y más aún porque dentro de su formación académica no rotan en este servicio o las practicas fueron solo de reconocimiento del área creando incertidumbre en ellos.

Se ha generado en el personal de salud un escenario de trabajo rutinario y monótono, no se tiene la libertad para tomar decisiones, no se cuenta con una enfermera supervisora que acude en las limitaciones por la falta de

recursos humanos y otros inconvenientes del servicio lo que conlleva a cometer errores involuntarios en el trabajo lo que perjudicará al paciente.

En la unidad de cuidados intensivos, se observa la afluencia de familiares deseoso de obtener información respecto al paciente en estado crítico, recurriendo al personal de salud para formularle una serie de interrogantes tales como: ¿Cómo está mi familiar?, ¿Qué tiene?, ¿se va poner bien?, ¿necesitara algún examen de laboratorio?, ¿habrán llegado todos los medicamentos?, ¿se va morir?, ¿se va a recuperar? Sin dejar de lado las diversas manifestaciones emocionales como llanto, ira, insistencia, ansiedad, e incapacidad para hacer frente a la situación y sentimientos de culpa entre otros.

Y al interactuar con el familiar menciona que recibe expresiones por el personal de salud como: “esperen al médico”, “estoy ocupada”, “no tengo información para darles”, “señora tiene que esperar”, “usted no es la única que pregunta por su familiar”. Si a todo ello le agregamos que el personal de salud con frecuencia descuida al familiar que está sufriendo una crisis situacional. Se tiene diferentes factores que influyen como el trato inadecuado, no se toma en cuenta los problemas potenciales del paciente, no mantiene un plan de cuidados para mantener una secuencia de estos y muchas veces en la atención no se vigila los riesgos para el paciente.

El presente trabajo es de gran trascendencia social, si tenemos personal de salud motivado en nuestra institución esto influirá de manera directa en

percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos. Es este marco surge muchas interrogantes para explicar la situación como: ¿Cuáles son los factores que generan la motivación?, ¿Cuál es su nivel de motivación del personal?, ¿Qué factores restringen la motivación?, ¿Cuál es la percepción que tiene el familiar del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos?, ¿por qué el personal de salud no asiste al familiar durante su crisis situacional quien enfrenta ante la hospitalización de su paciente?, ¿Cuál es la necesidad del familiar del paciente crítico?, ¿Por qué el familiar del paciente crítico manifiesta incomodidades ante la falta de apoyo en este proceso de afrontamiento?, entre otros.

Por lo expuesto anteriormente nos permitimos en formular el siguiente problema de investigación:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1 Problema General:

¿Cuál es la relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro, La Merced 2017?

1.2.2 Problemas específicos:

A) ¿Cuál es el nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro, La Merced 2017?

B) ¿Cuál es la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro, La Merced 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1 Objetivo General:

Determinar la relación que existe entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro. La Merced 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos:

A) Identificar el nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro. La Merced 2017.

B) Determinar la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro. La Merced 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN:

1.4.1 Legal:

En la ley general de salud N° 26842, en el título primero de los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual en el Artículo 5° toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas degenerativas, diagnósticos precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable. Tiene derecho a recibir información sobre los riesgos que ocasiona el tabaquismo, la drogadicción, la violencia y los accidentes. Por ello se cree conveniente que debe existir una adecuada interacción entre personal de salud, paciente y familia, ya que ello genera una adecuada percepción hacia el personal de salud.

1.4.2 Social:

Nos permitirá mejorar las dificultades que viene atravesando el servicio y se llegara a una calidad de excelencia.

Como bien sabemos el personal de salud que trabaja en instituciones dedicadas a prestar ayuda para la satisfacción de las necesidades de salud de las persona, ya sea en hospitales y clínicas, enfrentan

múltiples problemas que derivan tanto de la atención directa al paciente, como de la administración y coordinación con el equipo de salud, por ello es importante conocer la motivación con el equipo de salud, por ello es importante conocer la motivación debido a su relación con el desempeño de sus funciones y/o tareas; como un indicador de la calidad del funcionamiento de los servicios internos y de mejorar de la relación profesional / cliente. Lo cual redundara en la calidad de trabajo, equidad eficacia y eficiencia de la atención prestada a los usuarios.

1.4.3 Práctica:

La investigación se basa dentro del marco legal del derecho de las personas, respetando el derecho a la información y el consentimiento voluntario para la aplicación de los instrumentos. Con el objetivo de obtener datos propios del comportamiento intrínseco, con el debido cumplimiento de anonimato.

El mejoramiento de la percepción de los familiares ante atención que se les brinda, surge un profundo efecto sobre el modo en que la organización satisface los requerimientos de los clientes y también sobre moral y la motivación; donde muchas veces la familia experimenta y manifiesta ciertas reacciones debido a la falta de acceso de información sobre los pacientes. La atención de los profesionales

de salud con un importante apoyo emocional, escucha activa y respuesta claras y sencillas sobre el enfermo; transmitiendo seguridad y confianza tanto al paciente como a la familia, con el objeto de ayudarlos a satisfacer necesidades en los momentos de gran vulnerabilidad y contribuir a la homeostasis familiar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

2.1.1 A nivel internacional:

A) Celis M; Gutiérrez N. y Iregui L. (2016) “Percepción de la familia frente al rol de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de la fundación cardiovascular, 2015. Colombia. Con el objetivo de determinar cuál es la percepción que tiene la familia frente al rol de enfermería en su cuidado durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos adulto (8vo piso) de la fundación cardiovascular de Colombia. Metodología: Método descriptivo transversal. Resultados relevantes: Para el área de comunicación, la percepción del familiar es aceptable con un 74,44%, el 62% conoce personal de enfermería responsable de su familiar; el 84% acuerdan que el personal de enfermería utiliza un lenguaje claro al conversar, el 91% siempre encuentra apoyo y confían en el personal encargado (11).

B) Bautista L: Arias M. y Carreño Z. (2014) “Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional, 2014” Colombia, Objetivo: Evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por

el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica de Cúcuta. Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. Se utilizó el instrumento: Percepción de los familiares de los pacientes críticos respecto a la intervención de enfermería durante su crisis situacional. Resultados: La percepción global de los familiares, es favorable en un 80% expresando una connotación positiva (14).

C) Erazo Y. y Herrera F. (2014) “Nivel de motivación y su relación con la satisfacción del ejercicio profesional de las enfermedades en la provincia de Carchi 2014” Ecuador. El objetivo es determinar el nivel de motivación y satisfacción laboral. Diseño descriptivo. Se ha podido observar que el desempeño profesional de enfermería desarrolla una motivación laboral óptima la cual permite desenvolver sus funciones competitivas con un carácter responsable acorde a lo requerido por el ámbito de la salud incluyendo directamente a los pacientes.

Manifestando que el trabajo ejecutado se elabora en un ambiente adecuado con instrumentos e insumos necesarios permitiendo a los profesionales aplicar sus conocimientos y destrezas, colaborando adecuadamente con el equipo de salud produciendo un clima laboral apropiado que conlleve a mantener una motivación adecuada ejerciendo sus funciones (15).

D) Gonzales O. (2014) “Percepción de comportamientos del cuidado humanizado en enfermería. Centro policlínico de Olaya, 2014”, Bogotá. El objetivo fue determinar la validez y confiabilidad del instrumento percepción de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería. Dentro de los principales resultados se obtuvo un índice de acuerdo de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por el grupo de expertos. En el análisis factorial con base en la prueba de Káiser – Meyer – Olkin, para medición de adecuación de la muestra (KMO, por sus siglas en ingles), se obtuvo un valor de 0,956 y en la prueba de esfericidad de Bartlett uno de 0.0, indicadores que permitieron calcular las cargas factoriales y así determinar estadísticamente el constructo del instrumento que llevo a definir teóricamente tres dimensiones a saber: Cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación paciente y disposición para la atención (16).

2.1.2 A nivel nacional:

A) Chávez W. (2016) “Nivel de motivación y su relación con la satisfacción laboral en la empresa agromolinos, 2016” Huanchaco – Perú, el objetivo fue determinar el nivel de motivación y su relación con la satisfacción laboral del trabajador de la empresa. Diseño descriptivo correlacional. Los resultados obtenidos evidencian que existe predominio del nivel medio (75%) de motivación y del Nivel

medio (55%) de satisfacción laboral, así como una alta relación significativa ($X^2 = 35,25$) entre motivación y satisfacción laboral de los trabajadores de la empresa (17).

B) Peralta S. (2015) “Percepción que tienen los pacientes y familiares sobre los valores que proyectan el personal de enfermería en los servicios de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo”. Lima – Perú, objetivo determinar la percepción que tienen los pacientes y familiares sobre los valores que proyecta el personal de enfermería en los servicios de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Metodología: El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. Resultado: Del total de 113 (100%) encuestados, 46 (41%) tienen una percepción medianamente favorable, 38 (33.2%) una percepción favorable y 29 (25.8%) desfavorable sobre los valores que proyecta el personal de enfermería. Conclusión: la mayoría de los pacientes y familiares tienen una percepción medianamente favorable sobre los valores que proyecta el personal de enfermería en los servicios de medicina (18).

C) Martínez K. (2014) “Percepción del familiar del paciente crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina de un Hospital de Lima, 2014”. Lima, se tuvo como objetivo determinar la percepción del familiar del paciente

crítico, sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de cortes transversal. Resultado: De 43%(13) tiene una percepción medianamente favorable, 30% (9) desfavorable y 27% (8) favorable. Referente a la dimensión comunicación verbal, 47% (12) desfavorable, 30% (9) tienen una percepción y desfavorable y medianamente favorable respectivamente; en la dimensión comunicación no verbal, 53% (16) tienen una percepción medianamente favorable, 30% (9) favorable y 17% (5) desfavorable; en la dimensión de apoyo emocional tienen una percepción medianamente desfavorable 66.6% (20), 16.8% (5) favorable y 16.6% (5) desfavorable (13).

D) Huamán A. y Sánchez J. (2014) “Percepción de los pacientes acerca del cuidado brindado por el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de Es Salud, 2014”. Jaén – Perú, tienen como objetivo analizar la percepción de los pacientes acerca del cuidado brindado por el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización. El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal. Se concluye que; la categoría de mayor rango percibida por el usuario de manera favorable fue “Priorizar a la persona”, seguida por las categorías: características del enfermo, cualidades del hacer del enfermero, empatía, disponibilidad, sentimientos del

paciente. Entre las categorías del cuidado enfermero percibidas como medianamente favorable se señalan a las categorías: Apoyo emocional, apoyo físico y proactividad, estas últimas relacionadas con la dimensión intrapersonal. Se evidencia que los pacientes en su mayoría perciben de forma favorable el cuidado brindado por el profesional de enfermería pues seis categorías caracterizan el cuidado humanizado (19).

E) Cieza Y. (2014) “Motivación y satisfacción laboral del profesional de enfermería Hospital José Soto Cadenillas, 2014” Cajamarca – Perú, Tuvo como propósito la determinación y análisis de la motivación y satisfacción laboral del profesional de enfermería. El tipo de estudio es cuantitativo, descriptivo transversal. Los resultados mostraron que de 30 enfermeras(os), el 100% están motivados en su centro de trabajo, así mismo al valorar las dimensiones de la motivación se obtuvo que el 100% de los profesionales de enfermería presentan motivación en la dimensión identidad con la tarea; destacándose la dimensión identidad y autonomía por mostrar niveles significativos de motivación en cuanto a las dimensiones que presentan no estar motivados están la retroalimentación, importancia y variedad de la tarea. En relación a la satisfacción laboral el 100% de las enfermeras(os) están satisfechas(os) en su centro laboral, en las dimensiones de satisfacción de relaciones interpersonales, desarrollo

personal y desempeño de tareas se encontró que el 100 % de dichos profesionales presentan satisfacción. Y en las dimensiones: condiciones físicas y beneficios laborales resultaron estar insatisfechos (20).

F) Palacios H y Rafael D. (2014) “Motivación del personal de enfermería y satisfacción del usuario en los servicios de hospitalización. Hospital departamental Huancavelica Zacarías Correa Valdivia”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre la motivación del personal de enfermería y el nivel de satisfacción del usuario en los servicios de hospitalización. El tipo de estudio fue descriptivo, correlacional, transversal. La población estuvo conformada por 40 enfermeras y 40 usuarios. La técnica fue la entrevista y el instrumento escala tipo Likert.

Los resultados mostraron que la motivación del personal de enfermería se encuentra en un nivel medio 70% (28) y la satisfacción del usuario se encuentra en un nivel medio 60% (24), por lo que se acepta la hipótesis alterna donde se afirma que existe relación entre la motivación del personal de salud y satisfacción del usuario (21).

G) Navarro J. (2012) “Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido, unidad de cuidados intermedios neonatales, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Setiembre”. Tuvo como objetivo determinar la percepción de

los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido. El tipo de estudio fue cuantitativo, diseño descriptivo, prospectivo de corte transversal. La población fue de 74 padres, la muestra estuvo conformada por 60 padres de familia. Para la recolección de datos se elabora un cuestionario tipo Likert. Los resultados mostraron que los padres tienen una percepción favorable 78% (43), de acuerdo a sus dimensiones se encuentran: Dimensión humana un 70% (42), dimensión oportuna 53% (32), dimensión continua 52% (31) y dimensión segura 67% (40). Estas se encuentran en un nivel favorable.(22).

2.2. BASE EPISTÉMICAS, CULTURALES, CIENTÍFICAS:

2.2.1 Base epistémica:

A) Teoría de motivación:

a) Teoría de la jerarquización de las necesidades de Maslow:

En su obra Motivación y personalidad, Maslow define la motivación como un conjunto de necesidades del individuo jerarquizadas en forma de pirámide, según la importancia que cada persona les conoce en función de sus circunstancias.

La jerarquía de Necesidades de Maslow es un primer intento de clasificar las motivaciones humanas y comprender sus incidencias sobre la conducta. Las necesidades del ser humano, según esta teoría, pueden agruparse en cinco categorías: necesidades

fisiológicas (tendientes a garantizar la existencia del individuo y la especie: hambre, sed, sueño, sexo...), necesidades de seguridad (protección contra amenazas o riesgos, reales o imaginarios), necesidades sociales o de afiliación (pertenencia a grupos en los cuales la persona puede dar afecto), necesidades de seguridad (protección contra amenazas o riesgos, reales o imaginarios), necesidades sociales o de afiliación (pertenencia a grupos en los cuales la persona puede dar y recibir afecto), necesidades psicológicas o del ego (estimación propia y de otros) y necesidades de autorrealización (desarrollo pleno de la personalidad). Tales necesidades están organizadas jerárquicamente en forma de “pirámide”, con las fisiológicas en la base y las de autorrealización en el vértice. El individuo tiende a satisfacerlas en orden ascendente, de tal manera que organizara su conducta alrededor de la satisfacción de las necesidades de menor orden que estén insatisfechas (las necesidades satisfechas, en otras palabras, no motivan). Cuando las necesidades que en un momento son motivadoras comienzan a ser satisfechas de manera regular, el individuo comienza a estar motivado por las necesidades del siguiente orden. En el mundo laboral los diferentes tipos de necesidades son satisfechas con variados y específicos incentivos. Por ejemplo, las necesidades fisiológicas son satisfechas con incentivos como salarios y beneficios socioeconómicos: las de

seguridad pueden ser satisfechas con estabilidad laboral o protección contra enfermedades profesionales y accidentes de trabajo; las necesidades sociales con armónicas relaciones interpersonales en su grupo de trabajo; las psicológicas con reconocimiento y ascensos, las de autorrealización con la asignación de un trabajo desafiante, adaptado a las expectativas y capacidades del trabajador.

Así, en la parte inferior de la pirámide están las necesidades más básicas del individuo y en el nivel superior se sitúan sus últimos deseos o aspiraciones, ya que el afán de superación es intrínseco al ser humano. Las necesidades jerarquizadas de Maslow ubica en la pirámide en orden ascendente, según el grado de motivación y dificultad, son las siguientes: (Anexo N° 1: Pirámide de las necesidades de Maslow).

- a) **Necesidades Fisiológicas.** Son las más básicas, ya que son necesidades imprescindibles para la supervivencia humana: alimentarse, saciar la sed, mantener una temperatura corporal adecuada, etc.
- b) **Necesidades de seguridad,** son aquellas que pretenden proteger a la persona de los posibles peligros a los que se expone. Como ejemplo de necesidades de seguridad se puede citar la necesidad de estabilidad laboral.

c) Necesidades sociales. El ser humano necesita sentirse acompañado de otras personas, ser partícipe de un grupo social, dar y recibir afecto, vivir en relación con otros, comunicarse y entablar amistad.

d) Necesidades de reconocimiento o estima. La persona necesita sentirse reconocida y estimada, no solo por su grupo social, sino también por sí mismo. Las necesidades de reconocimiento o estima influyen la autovaloración y el respeto hacia uno mismo.

e) Necesidades de autorrealización. También se denominan necesidades de auto actualización o auto superación y son las últimas en la pirámide. En este nivel, las personas intentan desarrollar todo su potencial, su creatividad y su talento. De esta forma pretende alcanzar el nivel máximo de sus capacidades personales.

Según Maslow, para motivar a las personas es necesario conocer el nivel jerárquico en el que se encuentra sus necesidades, para establecer estímulos relacionados con dichos niveles o con un nivel inmediatamente superior en la escala.

Según Maslow las empresas que decidan motivar a sus trabajadores deberán comprobar las necesidades que tienen cubiertas, ver a qué nivel de la pirámide pertenecen y ofrecerles incentivos que cubran las necesidades inmediatamente siguiente.

Por regla general, las necesidades superiores no surgen hasta que no se cubren las necesidades de niveles inferiores.

Si aplicamos la teoría de Maslow al ámbito laboral, las necesidades que se plantean son:

1. Obtención de un salario
2. Trabajo estable y seguro.
3. Sentimiento de pertenencia a la empresa
4. Promoción en el trabajo
5. Éxito profesional

b) Teoría bifactorial Herzberg:

La teoría de la Motivación Higiene, también conocida como teoría de los dos factores o teoría Bifactorial establece que los factores que generan insatisfacción en los trabajadores son de naturaleza totalmente diferente de los factores que producen satisfacción. La teoría parte de que el hombre tiene un doble sistema de necesidades: la necesidad de evitar el dolor o las situaciones desagradables y la necesidad de crecer emocional e intelectualmente. Por ser cualitativamente distintos, cada tipo de necesidad, en el mundo del trabajo, requiere de incentivos diferentes. Por eso se puede hablar de dos tipos de factores que intervienen en la motivación en el trabajo. Los factores higiénicos o preventivos (salario, condiciones ambientales, mecanismos de supervisión, relaciones interpersonales y administración de la

organización), evitan la insatisfacción, pero no producen satisfacción. Los factores motivacionales (reconocimiento, sentimiento de logro, autonomía o responsabilidad, posibilidades de avance y trabajo en sí) si producen satisfacción a condición de que factores higiénicos estén funcionando aceptablemente, de esta forma, si no están funcionando adecuadamente ninguno de los factores, el individuo se encontrara totalmente insatisfechos. Si solamente funcionan los factores higiénicos, el trabajador no estará insatisfecho, pero tampoco estará motivado (especie de punto de indiferencia). Si operan los factores motivacionales, pero no los higiénicos, el trabajador estará insatisfecho (están bloqueados los efectos de los factores motivacionales). Solo habrá motivación cuando ambas clases de factores estén funcionando adecuadamente.

Para Frederick Herzberg:

- a. Lo opuesto a satisfacción es ausencia de satisfacción y del mismo modo,
- b. Lo opuesto a insatisfacción es ausencia de insatisfacción.

Este autor se basa en dos factores relacionados con la motivación:

- Factores de higiene, asociados con la insatisfacción.
- Factores motivadores, asociados con la satisfacción

Según Herzberg debe existir un equilibrio entre los factores de higiene y los motivadores. Si una persona trabaja en unas

condiciones de higiene inadecuadas (calor excesivo e inadecuado clima laboral en el puesto de trabajo), se sentirá muy insatisfechas con su trabajo. Si esas condiciones mejoran, esto no asegura la satisfacción de la persona (Anexo N° 2: Teoría bifactorial de Herzberg)

a) Los factores de higiene se dan en el entorno donde las personas desarrollan su trabajo, siendo externos al mismo. Están asociados a la insatisfacción. Entre otros se pueden citar:

- Las condiciones de trabajo.
- Los sueldos y salarios.
- La relación con los compañeros y jefes.
- La cultura de la empresa.
- Las normas que rigen el trabajo diario
- La seguridad en el entorno laboral
- La privacidad

b) Los factores motivadores se centran en el contenido del trabajo, en las tareas que se van a desarrollar, por lo que son internos al mismo. Como se ha señalado anteriormente, son la causa principal de satisfacción. Herzberg enumera los siguientes:

- El reconocimiento
- Las responsabilidades
- El crecimiento personal en el trabajo

- El progreso y el logro
- El trabajo

Herzberg afirma que los factores asociados con la satisfacción en el puesto de trabajo están separados y son diferentes de los que conllevan insatisfacción

Ahora bien, la supresión de los factores de insatisfacción puede mejorar las condiciones en el trabajo, pero no asegura la motivación. Dicho de otra manera, el hecho de que los factores de higiene sean adecuados, no garantiza la satisfacción de los trabajadores, puesto que la única forma de satisfacerlos es desarrollando elementos motivadores que aumenten su satisfacción en el puesto de trabajo.

Aunque una persona tenga un salario muy alto, si no se siente identificada con el trabajo que realiza, no se sentirá motivada y tendrá a sentirse frustrada.

En definitiva, vemos que para Herzberg los factores que reamente motivan a los trabajadores son aquellos que otorgan un mayor contenido al trabajo, más responsabilidad y relevancia a quienes lo realizan.

A los efectos de lograr satisfacción en el trabajo, el autor de esta teoría propone el enriquecimiento de las tareas (jobenrichment), que consiste en convertir a esta en un desafío a través del

incremento de la responsabilidad y de los objetivos. Pero al mismo tiempo, se debe procurar eliminar la insatisfacción.

c) Herzberg Vs. Maslow:

En cierta medida, las conclusiones de Herzberg coinciden con la teoría de Maslow, en que los niveles más bajos de necesidades humanas tienen relativamente poco efecto en la motivación cuando el patrón de vida es elevado.

Herzberg dividió a las necesidades del hombre en dos niveles: inferior (fisiológico, seguridad, social) y uno superior (ego, autorrealización) y afirma que la mejor manera de motivar a alguien es ofrecer la satisfacción de las necesidades superiores.

Como se indica en la figura, los satisfactores e insatisfactorias identificados por Herzberg se asemejan a los factores propuestos por Maslow. (Anexo N° 3: Maslow Vs Herzberg).

d) Teoría de Virginia Henderson:

Incorporo los principios fisiológicos y psicopatológicos a sus conceptos de enfermería, define la salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura). Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).

Dos con el efecto y la pertenencia (comunicación y creencias).

Tres con la autorrealización (trabajar jugar y aprender).

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas, implica la utilización de un plan de cuidado enfermero” por escrito.

Esta teoría es congruente, debido a que busca la independencia de la persona a través de la promoción y adecuación en la salud, en las personas sanas y en las enfermedades a través de los cuidados de enfermería.

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.

B) Teoría del cuidado:

a) Teoría general del sistema (TGS):

La teoría general de sistemas constituye el estudio interdisciplinario de los sistemas en general; es una ciencia emergente, que surge en la Biología por la necesidad de abordar científicamente la comprensión de los sistemas concretos que componen la realidad y plantea paradigmas diferentes a los de la ciencia clásica. Su primer

expositor fue biólogo y filósofo austriaco Ludwig Von Bertalanffy en 1950 (23).

La TGS tiene una visión holística, en la que todo es más que la suma de las partes y exige una comprensión de las relaciones, interacciones y comportamientos entre elementos que caracterizan un sistema en su conjunto (24).

La TGS busca producir formulaciones conceptuales y/o modelos, que pueden crear condiciones de aplicación en la realidad. En la visión sistemática, las tensiones y las paradojas son fenómenos naturales que enriquecen las áreas y no son tratados como problemas a resolver. Esto, permite aceptar lo impredecible, utilizar la autonomía y la creatividad para responder de forma adaptativa y con flexibilidad a los patrones emergentes y a las oportunidades (25). La teoría de sistemas provee un marco para evaluar el diseño y la efectividad de los sistemas.

Según Bertalanffy, un sistema es un conjunto de unidades recíprocamente relacionadas que tienen objetivos comunes de unidades recíprocamente relacionadas que tienen objetivos comunes; en el que la variación de algunos de los elementos puede producir modificaciones en los demás. Generando frente a los cambios externos del entorno, fenómenos de desintegración (entropía) o de adaptación (homeostasia) entre las partes del sistema.

Las premisas básicas de la TGS son: Los sistemas existen dentro de sistemas. Los sistemas son abiertos pues existe intercambio de materia o energía con el medio ambiente que los rodea y las funciones de un sistema dependen de su estructura (26).

b) Teoría del cuidado humanizado Jean Watson:

La teoría de cuidado humanizado de Watson ha servido de inspiración a muchos autores que han visto la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas del quehacer enfermero, gestión, asistencia, formación, docencia e investigación (27). Se apoya en gran medida en las ciencias y las humanidades ofrecido un enfoque filosófico (existencial – fenomenológico) y con base espiritual y del cuidado como idea moral y ético. Lo cual soportada el trabajo en las teorías de enfermería como Nightingale. Henderson, Hall Leininger, Peplau, Rogers y Newman y la obra de Gadow, una enfermera filósofa y ética sanitaria como Carl Rogers, Maslow, Heidegger, Erickson, Hegel, Kierkegaard y el psiquiatra Yalom (10 factores curativos 1975), atribuye el énfasis de la teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961). (28)

La teoría de Watson es la práctica enfermera en los siguientes 10 factores de cuidado. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la reacción que abarca la enfermería. Los tres primeros factores sirven “como

fundamento filosófico para la ciencia del cuidado. A medida que las ideas y los valores de Watson han evolucionado, ha trasladado los 10 factores de cuidados a los procesos caritas. Los procesos caritas incluyen una dimensión decididamente espiritual y una evocación manifiesta el amor y al cuidado.

Factores de cuidado o elementos del cuidado:

1. Formación de un sistema de valores humanísticos –altruista.
2. Inculcación de la fe y esperanza
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás
4. Desarrollo de una relación de ayuda –confianza
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.
7. Promoción de la enseñanza –aprendizaje interpersonal.
8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo a nivel mental, físico, sociocultural y espiritual; potenciando el confort, la dignidad y la paz.
9. asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.
10. permisión de fuerzas existenciales fenomenológicas.

Premisas del cuidado humano:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la

cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermera(os) de obtener una formación superior y de analizar, un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermera combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente persona”. El grado de comprensión es definido por la oportunidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera se reacciona con a grandeza y eficacia del cuidado”. Si desea ser genuina debe combinar la sinceridad y a honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

2.2.2 Base cultural:

A) Motivación y cultura:

Para la teoría administrativa a nivel internacional, los individuos motivados a la “afiliación”, son sujetos que prefieren no introducir cambios, aceptan las normas dictadas por el grupo. Este tipo de

comportamiento disminuirá las posibilidades de éxito de las empresas, dado que estas requieren gerentes altamente competitivos y por ende dirigidos al “logro”. Sin embargo, investigaciones realizadas en culturas colectivas altamente productivas (caso Japón) han demostrado que los valores de la cultura colectiva existentes en estas como ser: solidaria, efecto y compromiso al grupo, pueden ser utilizadas para incrementar la productividad. Por ejemplo, se supone que el gerente se preocupará por el bienestar de sus subordinados, incluso hasta el grado de ayudarlos en su vida privada. A su vez, el empleado confía en el juicio de su gerente

Y no cuestiona sus decisiones, dado que se espera que este haya ascendido al cargo por su antigüedad la cual le otorga experiencia. Esta confiabilidad, individual y colectiva, permite y facilita la formación de equipos y la fidelización creciente entre ellos. Así, en la cultura japonesa de características colectivas se hace posible la prevalencia y enriquecimiento creciente y continuo de un espíritu de equipo incuestionable dentro y fuera de la empresa, lo que hace que se estimulen unos a otros, ininterrumpida y respetuosamente. Muchos de estos rasgos los encontramos en la cultura, donde el respeto a las personas de mayor edad es reforzado, lo mismo que la formación de equipos a los cuales el individuo puede llegar a sacrificarse, si lo percibe como parte de “su grupo”. Considerando que la antigüedad en la empresa y la experiencia son altamente valorados en culturas

colectivas de éxito como el caso japonés ,podemos suponer que el gerente nuestras empresas ,en base a valores característicos de nuestra cultura como ser: respeto ,valoración de la experiencia y sentimientos de solidaridad ,disminuirán la incertidumbre existente el mundo laboral actual ,reforzarían el sentimiento de pertenecía del sujeto a su empresa ,logrando de esta forma identificación con la misma ,y no que la perfecta como algo que no le pertenece, como parte del “exogrupo”

B)Percepción del cuidado y cultura:

La percepción y la cultura están unidos como conceptos casi indivisibles. Si viajas te das cuenta como las mismas perfecciones son interpretadas de formas totalmente opuestas en los diferentes contextos sociales, políticos, geográficos.

La cultura y las experiencias pretéritas personales cambian totalmente nuestra realidad y percepción. A veces no hay que irse a miles de kilómetros para darse cuenta como nuestras experiencias personales hacen que nuestra percepción de la realidad cambie totalmente. Lo que para unos es percibido como un placer para otros es castigo o un esfuerzo.

La cultura se enmarca en un contexto social, la influencia de la cultura en la percepción puede derivarse de la influencia familiar no solo de la social, lo que nos enseñaron de pequeños en nuestro entorno que era bueno y malo, cambia totalmente nuestra percepción de la realidad actual.

La percepción es un acto individual, personal y único. No existen dos personas en el mundo con una misma percepción de la realidad. Lo que tenemos como humanos es la capacidad de adaptarnos a nuestro entorno y tener una percepción de la realidad más parecida a la gente que está en nuestro entorno social.

Nuestro entorno social, familiar, cultural va moldeando nuestro sistema de percepción desde que nacemos hasta que morimos. Se ha demostrado como las perturbaciones emocionales de la infancia cambian nuestro sistema de percepción adulta o al menos lo influyen de una más de esas influencias que cambian nuestra percepción.

Nuestra actitud, motivaciones, sistema de valores, se derivan de la capacitación que hacemos de nuestro mundo real, es decir la percepción que hacemos de nuestro mundo real, es decir la percepción. La percepción es personal y única, la cultura, el contexto e influencia social, influyen de una manera importante en nuestra forma de percibir la realidad que nos rodea, y las reglas de la interacción con la misma la cultura. El ser humano evoluciona, lo mismo que las culturas y las percepciones.

Percepción y cultura se influyen y se retroalimentan cada día. Nuevas percepciones evolucionan nuestras culturas y la evolucionan de nuestras culturas, evoluciona constantemente nuestras percepciones sobre la realidad.

Las creencias y las prácticas del cuidado de la salud forman parte de la cultura en la cual nacen y se desarrollan las personas. Esto se basa en el marco de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural.

Los aportes desde la enfermería transcultural y la antropología, permiten el análisis de las creencias y las prácticas del cuidado de la salud, dentro del contexto socio cultural y desde la perspectiva de los participantes.

El concepto de cuidado cultural, incluye el cuidado genérico (aprendiendo y transmitido de forma tradicional o popular) y el cuidado profesional /aprendiendo cognitivamente, formal y hábilmente practicado).

Las creencias y prácticas del cuidado de la salud, deben ser abordadas desde la enfermería transcultural, la psicología social y la sociología. Plantea el concepto del cuidado como foco central de la enfermería. La cultura es interpretada desde los planteamientos del antropólogo Marvin Harris, quien coloca en el mismo nivel las ideas y los comportamientos de los grupos sociales. La discapacidad es revisada la luz de los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y engloba las deficiencias estructurales, limitaciones funcionales y las de participación social.

Cultura del cuidado de la salud, es un universo de soluciones, una herramienta poderosa para develar la voz del otro, del que vive en

situaciones de discapacidad y pobreza, que no puede salir de su casa por sus propios medios y que muchas veces es excluido, marginado y olvidado social, política y económicamente.

2.2.3 Base científica

A) Motivación:

a) Definición:

La motivación laboral es “La fuerza que actúan sobre el trabajador, y originan que se comparte de una manera determinada, dirigida hacia las metas, condicionados por la capacidad del esfuerzo de satisfacer alguna necesidad individual” (29).

La motivación entendida como el grado de compromiso de la persona, es un proceso que activa, orienta, dinamiza y mantiene el comportamiento de los individuos hacia la realización de objetivos esperados y por tanto afectará directamente a todos los aspectos del desempeño, desde mediciones básicas como la asistencia hasta mediciones más complejas como la disposición para aprender nuevas destreza o seguir nuevos protocolos de tratamiento, o bien para adoptar nueva formas de pensamiento y organización en la prestación de los servicios (30).

La motivación es una característica de la psicología humana que contribuye al grado de compromiso de la persona, es un proceso que ocasiona, activa, orienta, dinamiza y mantiene el

comportamiento de los individuos hacia la realización de objetivos esperados (31).

La motivación es aquella fuerza que impulsa al individuo a realizar una actividad o a tener un determinado comportamiento en una situación concreta.

La actividad motivada se diferencia de la actividad instintiva en que la primera implica voluntad por parte de quien la realiza, es decir, existe una causa, una razón o un estímulo que impulsan al individuo a hacer algo voluntariamente.

La motivación es de vital importancia para el desarrollo de cualquier actividad por parte del individuo y, por lo tanto, también lo es para el desempeño de sus tareas en el contexto laboral. En este ámbito, las empresas tratan de motivar a sus empleados para que inviertan esfuerzo e interés en la realización de su trabajo. Si el trabajador, gracias a su trabajo, encuentra satisfechas sus propias necesidades y deseos, se implicará aún más en las tareas y generará un buen clima laboral a su alrededor.

Las distintas teorías de la motivación establecen dos niveles básicos:

Nivel primario. Cubre las necesidades elementales: vestir, comer, beber, etc.

Nivel secundario. Cubre las necesidades secundarias: reconocimiento social, afecto, prestigio, etc. Para llegar al segundo

nivel de motivación y. Por tanto, también lo es para el desempeño de sus tareas en el contexto laboral. En este ámbito, las empresas tratan de motivar a sus empleados para que inviertan esfuerzo e interés en la realización de su trabajo. Si el trabajador, gracias a su trabajo, encuentra satisfechas sus propias necesidades y deseos, se implicará aún más en las tareas y generará un buen clima laboral a su alrededor.

Las distintas teorías de la motivación establecen dos niveles básicos:

Nivel primario: cubre las necesidades elementales: vestir, comer, beber, etc.

Nivel secundario: Cubre las necesidades secundarias: Reconocimiento social, afecto, prestigio, etc. Para llegar al segundo nivel de motivación, previamente debe estar cubierto el primero.

b) Motivación Laboral:

La motivación es en síntesis, lo que un individuo actúa y se comporta de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía (32).

La motivación está constituida por todos aquellos factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo; por otra parte, se dice que la motivación son todos aquellos factores

que originan conductas considerándose los de tipo biológicos, psicológicos, sociales y culturales (33).

La motivación en el entorno laboral se puede definir como el grado de disposición que tiene una persona para hacer esfuerzo sostenido para lograr las metas institucionales. Es un proceso psicológico interno y a la vez transaccional, La motivación para el trabajo es resultado de las interacciones entre las personas y su entorno laboral, con la mediación del contexto social general (32).

Comprende tanto los procesos individuales que llevan a un trabajador a actuar y que se vinculan con su desempeño y satisfacción en la empresa, así también son los procesos organizacionales que influyen para que tanto los motivos del trabajador como los de la empresa vayan en la misma dirección (34).

En cartillas de Políticas de Recursos Humanos (PHR) menciona que la motivación en el entorno laboral se puede definir como el grado de disposición que tiene una persona para hacer un esfuerzo sostenido para lograr las metas institucionales. Es un proceso psicológico interno y a la vez transaccional entre las personas y su entorno laboral, con la mediación del contexto social general.

c). Importancia de la motivación laboral en salud:

Su importancia se deriva del hecho que la atención en salud requiere un uso intensivo de mano de obra y la calidad, eficiencia y equidad del servicio depende directamente del grado de disposición

de los trabajadores para dedicarse a sus tareas. Por lo tanto, el nivel de motivación laboral afecta directamente el desempeño del trabajador lo que a su vez afecta los resultados que la reforma del sector salud intenta lograr (35).

Así también la motivación, la satisfacción y la productividad del trabajador en la empresa se encuentran interrelacionados. Aunque tradicionalmente se ha considerado que el principal motivador del trabajador es el salario, la actividad laboral presenta asociados una gran cantidad de significados psicosociales: Estructura el tiempo, regula el nivel de vida y el status correspondiente, da un sentido de utilidad a la propia existencia, etc. (36).

d) Factores determinantes de la motivación laboral:

- **Factores determinantes individuales:** Existen dos dimensiones de la motivación para el trabajo al nivel individual. Primero, las metas de la persona para el trabajo al nivel individual. Primero, las metas de la persona y las de la organización deben ser compatibles entre sí, lo que a veces se denomina el componente “lo haré” de la motivación. En segundo lugar, los trabajadores necesitan percibir que son capaces de realizar sus tareas, lo que a veces se denomina el componente “lo puedo hacer de la motivación”.

Las metas individuales de los trabajadores, el concepto de sí mismo, como también las expectativas y la experiencia de resultados son factores determinantes e importantes de la motivación para el trabajo a nivel individual.

- **Factores institucionales:** el papel de una organización en motivar a sus trabajadores consiste en esbozar y comunicar las metas institucionales, proporcionar los procesos y recursos para lograrlas, asegurar la retroalimentación respecto al desempeño, así como desarrollar habilidades en el personal.
- **Influencias culturales y de clientes:** en las organizaciones que presentan servicios. la cultura social también afecta a los trabajadores a través de sus interacciones con los clientes. La inserción social de los trabajadores, o la medida en que se identifiquen con la comunidad que atienden y se sienten parte de ella, afecta su motivación para proporcionar un buen servicio y su deseo de ser apreciados por sus clientes.

En casos en que existe una relación social entre el paciente y los trabajadores posibles que los proveedores se sientan motivados a dar un tratamiento más educado y empático (37).

e) Elementos que influyen en la motivación laboral:

➤ **Ambiente laboral:** Uno de los factores importantes en el desempeño de los trabajadores, es sin duda el ambiente que los rodea, éste debe ser confortable, que ofrezca seguridad, que no tenga excesivos mecanismos de supervisión, control o vigilancia, que permita cierta movilidad interpretada como libertad.

➤ **Comunicación:** Es el estudio de procesos comunicacionales que tienen lugar dentro de los grupos sociales en entorno a objetos comunes. La comunicación cumple cuatro funciones importantes en una organización como:

La comunicación sirve para controlar de varias maneras la conducta de los miembros, ya que, la organización cuenta con jerarquías de autoridad y lineamientos formales que se requiere que los empleados sigan.

La comunicación fomenta la motivación al aclarar a los empleados lo que hay que hacer, qué tan bien lo están haciendo y, qué puede hacerse para mejorarse el desempeño, si no es el óptimo.

La comunicación como un medio de expresión emocional, para muchos empleados, su grupo de trabajo constituye su fuente principal de trato social, ya que, la comunicación que se tiene dentro del grupo es el medio por el cual manifiestan

sus frustraciones y sentimientos de satisfacción de sus necesidades sociales.

Por último, la comunicación de información, es la que facilita la toma de decisiones, ya que ofrece a los individuos y grupos información necesaria para la toma de decisiones al transmitir datos para identificar y evaluar opciones alternativas.

➤ **Cultura Organizacional:** Representa, un patrón complejo de creencias, expectativas, ideas, valores y conductas compartidas por los integrantes de una organización. Es así que se considera un sistema de significados compartidos por los miembros de una organización, que la distinguen de otras, es un conjunto de características básicas que valora la organización como son:

Innovación: Grado en que se alimenta a los empleados para que sean innovadores.

Minuciosidad: Grado que se espera que los empleados muestran exactitud, capacidad de análisis y atención a los detalles.

Orientación a los resultados: Grado en el que los directivos se entran en los resultados más que en las técnicas y procedimientos para conseguirlos.

Orientación a las personas: Grado en que las decisiones de los directivos toman en cuenta el efecto de los resultados en los integrantes de la organización.

Orientación a los equipos: Grado en que las actividades laborales se organizan en equipos más individualmente.

Estabilidad: Grado en que las actividades de la organización mantienen el estado de las cosas, en lugar de crecer.

Todas estas características constituyen la base de los sentimientos de comprensión comparativa que tienen los miembros en cuanto a la organización, de cómo se hacen las cosas y, de cómo se supone que deben ser, es decir, la manera en cual los empleados perciben sus características.

- **Incentivos:** La interacción entre las personas y la organización, pueden explicarse mediante el intercambio de incentivos, debido a que, la organización es un sistema cooperativo racional y, los individuos cooperan siempre y cuando sus actividades dentro de la organización contribuyen directamente al logro de sus propios objetivos, Así los incentivos (alicientes) recompensas o estímulos, son “pagos” hechos por la organización a sus trabajadores (salarios, premios, beneficios, sociales, oportunidades de progreso, estabilidad en el cargo, supervisión abierta, elogios, etc.) A cambio de las contribuciones, cada

incentivo tiene un valor de utilidad que es subjetivo, ya que varía de un individuo a otro. Lo que es útil para uno puede ser inútil para otro (38).

f) El modelo de características del puesto:

El estudio formal de la satisfacción en el trabajo no es nada nuevo, durante décadas se pensó que los factores físicos del ambiente de trabajo era las principales variables que causaban la satisfacción de los trabajadores, por tal motivo se llevaron a cabo diversos experimentos para medir el efecto de la iluminación, la temperatura y las pausas y descansos en la jornada laboral sobre los niveles de satisfacción de los colaboradores.

Años después, los estudios de Elthon mayo en la Western Electric, en Hawthorne Illinois, revelarían que, si bien los factores físicos influían sobre la satisfacción de los trabajadores, los factores sociales como las relaciones con el facilitador o con las del grupo de trabajo, tenían una influencia mucho mayor, no sólo en la satisfacción sino también en la productividad. Casi 30 años después, los hallazgos de Herzberg, Mausner y Snyderman, advertían que los principales factores que influían en la satisfacción laboral radicaban en factores intrínsecos del trabajo como el sentimiento de logro, el recibir reconocimiento, y el desempeñar un puesto que resultase significativo para el individuo.

A pesar de que la Teoría de Herzberg, ha sido ampliamente criticada por la metodología que se siguió en los experimentos que dieron origen a ésta, la realidad es que fue un verdadero éxito en su momento histórico de aparición, ya que demostraba que las variables intrínsecas del trabajo tenían un efecto más importante, que las variables físicas, por lo que entre otras cosas resultaba necesario diseñar puestos de trabajo que fueran significativos para el colaborador. Estas ideas recibieron una gran aceptación, quizás por su simplicidad, y porque ponían al alcance de los directivos de las empresas y de los gerentes de Recursos Humanos, el diseñar puestos de trabajo que fueran significativos para el colaborador. En forma casi simultánea Turner y Lawrence, examinaban cuáles eran los efectos de algunas características objetivas de los puestos y los comportamientos laborales de los colaboradores, en forma específica determinaban un índice del grado de presencia de cinco características como la autonomía y la variedad de tareas, y correlacionaban este índice con el nivel de satisfacción percibido por el colaborador, encontrando algunas evidencias de correlación alta, es decir a presencia de éstas características originaba un a mayor satisfacción y bajo ausentismo. Posteriormente se establecería que la correlación alta entre la presencia de las características objetivas de los puestos y la satisfacción alta esta moderada por el nivel de la necesidad de crecimiento del

colaborador, a, mayor necesidad de logro, se verifica con mayor facilidad la relación presencia de las características –satisfacción.

No obstante, todos los avances en el estudio de la satisfacción en el trabajo, no hay evidencias científicas contundente que establezcan que un colaborador satisfecho es necesariamente un colaborador productivo, por lo que hoy en día existen otras variables que pueden ayudar a predecir mejor la productividad, el ausentismo, o la rotación, tales como las distintas dimensiones del compromiso organizacional o una variable más situacional como la implicación en la tarea.

A partir de las ideas de la teoría de Herzberg y de las investigaciones de Turner y Lawrence, Hackman y Oldham desarrollaron a mediados de los años sesentas el modelo de características del Puesto (MCP), el cual plantea como la interacción entre un conjunto de características del puesto y diferencias individuales influyen en la motivación, satisfacción, productividad y tendencias de abandono como el ausentismo (30).

El modelo establece en forma genérica que cuando el colaborador encuentra en su puesto de trabajo las cinco dimensiones básicas del puesto, experimenta los estados psicológicos que se ubican al centro del modelo, y éstos conllevan a que el sujeto muestre resultados como satisfacción alta, motivación intrínseca baja rotación y ausentismo.

Como puede observarse el modelo plantea tres componentes esenciales: las características del puesto, los estados psicológicos críticos, y los resultados. De hecho, no se establece que exista una relación directa entre las características del puesto y los resultados, si no que esta relación es mediada por los tres estados psicológicos críticos, cada uno de los cuales tiene un origen específico, es decir la experiencia de significado tiene su origen en la presencia de la variedad de habilidades, la identidad y la significación de la tarea.

Hackman y Oldham establecieron también, la existencia de variables moderadas individuales, tales como: el nivel de conocimientos y habilidades para el desempeño del puesto y las necesidades de logro del colaborador.

Vale la pena mencionar que los estudios sobre valores en el trabajo realizados en México, reportan que los jóvenes entre 20 y 30 años son los que manifiestan una prioridad más alta por los valores asociados al logro. El modelo es bastante sencillo, y quizás por tanto muy atractivo, ya que de acuerdo con éste, si para todos los ocupantes de un puesto existe la coincidencia de que las cinco dimensiones están presente en forma aceptable, entonces existe una gran predisposición a que los ocupantes experimenten los tres estados psicológicos críticos y esto a su vez conlleva a un nivel generalizado de satisfacción, baja rotación y ausentismo, y

también, aunque no se establece explícitamente en el modelo un nivel alto de compromiso organizacional e implicación en la tarea. Empíricamente sea podido demostrar la validez del modelo, inclusive en poblaciones latinas fuera de los E.E.UU., aunque es pertinente recalcar que no todas las relaciones propuestas se cumplen al 100%. (Anexo N° 4: Modelos de las características de un trabajo para la motivación laboral):

g) Dimensiones de la motivación:

A continuación, se describen cada una de las cinco dimensiones básicas del puesto (39).

➤ **Variedad de habilidades (V.H.):**

La variedad de habilidades o variedad de la tarea es el grado en el cual un puesto de trabajo requiere de la realización de diversas actividades diferentes, lo que hace que el colaborador deba utilizar muchas de sus aptitudes y habilidades. Por tanto, se establece que en la medida en que un puesto requiere del colaborador utilizar la mayor parte de sus habilidades y aptitudes hará que el trabajo resulte más interesante y por tanto constituya un reto constante, en términos del modelo, que sea significativo.

Una dimensión central es la variedad de habilidades que se utilizan en el puesto, estas permiten que los empleados realicen operaciones diferentes, que suelen requerir habilidades también

distintas. Los empleados sienten que los trabajos con gran variedad son más retadores debido a la gama de habilidades necesarias. Además, alivian la monotonía que surge con cualquier acción repetitiva.

➤ **Identidad de la tarea (I.T.):**

Es el grado en el que el puesto realiza un proceso completo en la cadena de producción de un bien o servicio completo o una parte que es perfectamente identificable del mismo, se experimente.

Una sensación de que el trabajo es motivante.

Denota la unidad de un puesto, esto es hacer una tarea de principio a fin con un resultado visible.

➤ **Significado o importancia de la tarea (S, T.):**

Es el grado en el que el puesto tiene un impacto sustancial en las vidas o en el trabajo de otras personas.

En esencia esta variable se refiere a la importancia que tiene el puesto en la generación de un bien o servicio.

Se refiere a la magnitud del efecto de su trabajo en otras personas. Este efecto puede influir a otros miembros de la institución. El punto clave es que los trabajadores deben creer que hacen algo importante para la organización, la sociedad o ambas.

➤ **Autonomía (AU.):**

Es el grado en el que el puesto provee libertad sustancial, independencia y la posibilidad de que el ocupante determine los tiempos y procedimientos a ser utilizados para llevar a cabo las actividades propias de su puesto.

Grado en que se siente independiente en el trabajo para tomar decisiones relacionadas con sus tareas. Lo cual está en estrecha relación con la responsabilidad en el proceso de trabajo y en sus consecuencias.

Retroalimentación (RE.):

Se refiere a grado en que la organización proporciona información clara y directa a los trabajadores sobre la eficacia de su rendimiento del trabajo mismo (retroalimentación de tarea) o ser proporcionado de manera verbal por jefes de servicio, ejecutivos y gerentes.

Como se recordará esta variable esta subdividida en tres dimensiones:

Retroalimentación del trabajo (R.T.):

Es el grado en el que la ejecución misma de las tareas asignadas al puesto, proporcionan información clara y precisa sobre el nivel de desempeño, es decir, la ejecución de la tarea le permite al sujeto saber si está haciendo bien o mal su trabajo.

Retroalimentación de los agentes sociales (R.A.):

Es el grado en el que el puesto recibe información sobre el desempeño de sus actividades por parte de sus compañeros de trabajo y de sus superiores.

Contacto con otros (CO):

Es el grado en el que el puesto requiere estar en contacto con otras personas dentro o fuera de la empresa para desempeñar adecuadamente sus funciones,

Cuando se encuentren niveles bajos de variedad de habilidades e identidad de la tarea, es muy probable que los puestos estén muy fraccionados o sobre especializados, por lo que puede considerarse la posibilidad de crear nuevos módulos de trabajo o roles que involucren un mayor número de actividades para los ocupantes de ese modulo (multihabilidades).

Una baja puntuación en la variable significado del trabajo es un claro indicador de que los ocupantes de un puesto consideran a éste como intrascendente, por lo que, al crear unidades naturales de trabajo, en las que se produjera un producto o servicio en forma completa, o un proceso claramente identificable de un gran proceso, permitirá a los colaboradores incrementar su identidad de la tarea y a la vez incrementar en ellos la percepción de la relevancia que tiene su trabajo.

Cuando se encuentra un nivel bajo de retroalimentación, y en forma particular en retroalimentación de los agentes sociales y

de contacto con otros, puede ser considerado como un indicio de la necesidad de establecer una relación de cliente proveedor, entre los puestos que participan en un gran proceso. Esta acción genera que el ocupante de un puesto conozca con precisión las necesidades específicas de sus distintos clientes dentro o fuera de la empresa, logrando no sólo aumentar la retroalimentación, sino también su variedad de habilidades e inclusive su autonomía.

La presencia de un bajo nivel en autonomía es comúnmente un reflejo de centralización de la autoridad y dirección por parte del facilitador, la ampliación vertical de los puestos, es decir el delegarte al puesto un mayor número de responsabilidades, como la toma de decisiones sobre la forma de realizar el proceso, e inclusive para el proceso cuando no se están cumpliendo las especificaciones, dan al colaborador una fuerte percepción de responsabilidad pero a la vez de autonomía que redundan en una mayor implicación del colaborador con su trabajo.

En teoría, un puesto debe reunir las cinco dimensiones para estar enriquecido plenamente. Si se percibe que falta una de ellas, los trabajadores sufren privación psicológica y disminuye su motivación.

El enriquecimiento de puestos se acompaña de muchos beneficios. Su resultado general es un enriquecimiento que fomenta el crecimiento y la realización personal. El puesto contribuye de manera que se estimule la motivación, debe mejorar el rendimiento, con lo que se tiene un trabajo más humanizado y productivo también tienden a disminuir los efectos negativos, como el ausentismo del personal, el tiempo ocioso y las quejas. De tal manera que se benefician el trabajador y la sociedad. El primer logra el rendimiento mayor satisfacción en el trabajo y mayor realización personal, con lo que puede participar más efectivamente en todos sus roles de la vida. La sociedad se beneficia con el funcionamiento más efectivo y el mejor rendimiento de la persona en su trabajo.

No obstante, Hackman y Oldham (1980) reconocen que para poder completar este modelo se requiere la consideración de una serie de variables moduladores que inciden sobre la percepción de estas características: los conocimientos y destrezas con las que cuenta la persona, una fuerte necesidad de crecimiento y la satisfacción de esa misma persona en relación con determinados elementos del entorno laboral (dinero, seguridad laboral).

Todas estas teorías conforman las principales explosiones para comprender como se puede motivar a un trabajador para que realice de manera eficiente su trabajo.

B) Percepción de la familia:

a) Definición:

La percepción puede definirse como “el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenidos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros propios estados internos” (40).

Según Day menciona que la percepción es “un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos es obviamente algo más que una imagen del mundo, proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado, aunque la experiencia desempeña un papel importante y las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades, intereses y las emociones que pueden influir en forma positiva y negativa” (41).

La percepción se puede evaluar midiendo elementos importantes como: Trato digno, definido como el respeto a los derechos humanos y a las características de las personas; respeto, como la virtud por la cual reconocemos y tenemos presente de manera habitual la dignidad de las personas, como ser único e irrepetibles, así como la virtud por la cual reconocemos y tenemos presente de manera habitual la dignidad de las personas, como seres único e irrepetibles, así como sus derechos según su condición y

circunstancias, y profesionalismo entendido como la actitud y capacidad elevada para desempeñarse en una actitud (33).

La percepción no es suma de sensaciones, es más complejo. Es un proceso unitario que se oriente hacia una actividad y se basa en tres aspectos.

Las sensaciones y los estímulos que producen la percepción, se influyen mutuamente.

Percepción en los humanos es una unidad de lo sensitivo, lógico, práctico, y el pensamiento.

Percepción refleja la personalidad, actitudes, experiencias, todo lo real de las personas.

La teoría de KING visualiza la percepción del usuario; cómo la representación que cada persona tiene de la realidad y para que esta sea satisfactoria, deben seguirse objetivos comunes entre el personal de salud y el paciente que a su vez si se da una interacción entre ellos se logra con más facilidad la satisfacción del paciente y el personal de salud, al ver cubiertas las necesidades del derecho ambiente, de lo contrario se producirá estrés e insatisfacción por parte de ambos, viéndose reflejado en la percepción de la calidad del servicio recibido (42).

La percepción es un proceso, mental, cognoscitivo que nos permite formar conceptos, opiniones, impresiones, sentimientos, acerca de un individuo, objeto o fenómeno en función a las experiencias

pasadas, al contexto social, al conocimiento de la realidad de acuerdo a nuestras necesidades, intereses, aspiraciones y deseos. La percepción es algo más que el procesamiento de la información del exterior captada por los sentidos y está condicionada por el sentir o el estado anímico de la persona, así como su experiencias previas, comprensión y la información que éste tenga de una situación en si, además de la calidad del primer contacto que tenga con la persona y sufre la influencia de estímulos externos y factores internos, motivo por el cual no todos perciben o interpretan un hecho o fenómeno de la misma forma (43).

De acuerdo a la literatura Martin Buber señala que el cuidado es una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. La esencia del cuidado es la interacción humana recíproca; “Arte de la verdadera relación humana”; es buscar la posibilidad “casi milagroso”.

A de formar un nosotros sin destruir el Yo – Tu” es hacer cada encuentro en un fenómeno único. El cree que la persona sólo puede vivir en el pleno sentido de la palabra dentro de la esfera interhumana. La empatía según Buber supone la incorporación de uno mismo en otro ser, por lo tanto, la propia concreción (44).

La percepción de los servicios de salud por parte de los usuarios se evidencia en la importancia de los siguientes factores: Tiempo de espera, costo o modalidades de pago, trato recibido por el personal

de salud, limpieza del área, nivel de comunicación entre personal de salud y el usuario, accesibilidad a los servicios de salud, comprensión de los problemas, confiabilidad de las instituciones, competencia técnica y seguimiento por parte de los doctores entre otros (45).

La capacidad para cuidar es innata, pero tiene formas de expresión y abordaje culturales que se van desarrollando y conformando en los procesos de aprendizaje (actividades innatas/actividades Aprendidas). Cuando las prácticas de salud trascienden de lo natural (innata /aprendida) para buscar el “bienestar”, se entiende como cuidado de la Salud.

Es necesario tener en cuenta que la familia puede considerarse un sistema, en que los factores que afectan a uno de sus miembros acaban por alterar el normal desarrollo de todo el grupo, funcionando por ello como una unidad.

Como ya se ha comentado el ingreso de un familiar en una unidad de críticos supone para sus allegados una alteración de su normal funcionamiento familiar además de altos niveles de estrés, ansiedad y preocupación debido no solo a la gravedad de la situación sino también a las dificultades de comunicación entre paciente y familia. Sus percepciones están influenciadas por las experiencias vividas con anterioridad, su propia personalidad y otros factores como sus creencias, actitudes. Como personal sanitario no se debe olvidar

que las relaciones personales son igualmente una parte de los cuidados de enfermería. Dentro de las unidades de críticos los familiares se ven en la obligación de compaginar estos sentimientos con la comprensión de explicaciones complejas y técnicas respecto al proceso, en ocasiones aceptar lo inevitable o de participa en la toma de decisiones difíciles y comprometidas. Esto afecta tanto a la recuperación del paciente como a la salud psíquica del familiar, que en ocasiones se presenta como reacciones de agresividad y el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático (46).

Sin embargo, con el paso del tiempo cada vez se entiende ésta como una parte fundamental en el cuidado del paciente ya que pueda contribuir de forma significativa en la evolución de su proceso.

Actualmente la organización de los servicios sanitarios no facilita la atención a la familia especialmente en las unidades de críticos por múltiples factores como son la rigidez de los horarios de visita, en ocasiones la inexistencia de espacios adecuados, la atención sanitaria tecnificada que superpone los cuidados técnicos a la relación con la familia para la familia el hospital es un medio hostil y las UCI en particular son espacios donde la tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana. La familia en este contexto se encuentra en una

situación difícil y desconocida necesitando por parte del personal de enfermería apoyo, comprensión e información.

Normalmente se concibe la información dada al paciente y familia como aquella relativa al diagnóstico, pronóstico y tratamiento llevada a cabo por el personal médico y no de enfermería. sin embargo, se hace imprescindible la coordinación de la misma por todo el equipo teniendo en cuenta que las enfermeras son el colectivo que mayor tiempo permanece al lado del paciente y puede ofrecer una perspectiva distinta relativa al cuidado de su familia. La información dada por el equipo multidisciplinar en conjunto tiene efectos beneficiosos, reduciendo la confusión y las dudas.

Una comunicación eficaz con la familia por parte de todo el equipo multidisciplinar contribuye a mejorar la satisfacción y la calidad de los cuidados aportados al paciente.

Sería ideal que la información se realizara de forma conjunta manteniendo la uniformidad y así mejorando la seguridad de personal de enfermería a la hora de hablar con los familiares.

b) Características de la Percepción:

La percepción tiene las siguientes características (47).

- **Subjetiva.** Cada objeto percibido es interpretado conforme a los interés, experiencias e imaginación. Se puede decir que cada persona percibe como es ella misma, percibe lo que espera percibir.

En otras palabras, las percepciones tienen mucho de subjetivo, son construcciones en lugar de reflejos. Además, los estímulos ocasionan diferentes reacciones en diferentes personas e incluso diversas reacciones en la misma persona.

En otras palabras, las realidades objetivas son percibidas de manera subjetiva, conforme a las experiencias pasadas con las que las compara conforme a sus interés e imaginación.

De tal manera que no es solo el cerebro el que interviene en la percepción, sino toda la persona.

Dentro del ámbito subjetivo de la percepción hay 4 factores que la componen:

Complementa: este factor la mente completa la imagen de lo que se percibe, si posee solamente pocos elementos; de tal modo que le basta con percibir algo, para saber que es. Por ejemplo, basta con ver humo para saber que algo se está quemando.

Rectificación: la mente rectifica los datos recibidos, a fin de tener una imagen saber que algo se está quemando.

Creación: La mente es creativa, en lugar de percibir los casos conforme le informan los sentidos, interpreta, completa y rectifica de acuerdo a las experiencias, el interés y la imaginación de cada persona.

Conveniencia: Los factores sociales pueden ser apreciados en los fenómenos sugestivos como se hacen al usar la propaganda comercial para convencer, a los que la oyen y la ven, de que el producto tiene las características sugeridas.

- **Selectiva:** Dentro de la percepción es resultado de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo lo que lo rodea al mismo tiempo, y selecciona en función de lo que se desea percibir.
- **Temporal:** Es un fenómeno a corto plazo. la manera que percibimos llevan a cabo el proceso que evoluciona a medida que se tengan más experiencias o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

c) Componentes de la percepción:

Los componentes de la, percepción son dos:

- **Las sensaciones:**

Al mirar un objeto, las ondas luminosas reflejadas por él, llegan a los ojos e impresionan la retina. Allí el nervio óptico toma la posta y trasmite la seña al cerebro. Hasta este instante se ha producido una sensación.

Las sensaciones pasan a ser recibidas por la persona en el sistema nervioso. Este proceso se realiza a tres momentos que

tienen profunda significación: Aferencia, integración y eferencia (45).

La primera fase corresponde a la entrada o recepción de los estímulos y transmisión de los correspondientes impulsos nerviosos hacia el centro del sistema. Este momento se denomina aferencia.

El segundo momento es de integración, cuando llega la aferencia al sistema nervioso central y se elabora la respuesta a los estímulos. Esta elaboración se realiza con gran complejidad en diversas zonas de la corteza cerebral.

Finalmente, los centros nerviosos inician los impulsos de salida que irán a mover los músculos o a activar una glándula este momento se llama eferencia.

➤ **Los inputs internos:**

Existen factores internos de cada individuo que influyen en la percepción de la realidad y esos son:

Necesidad: Es el reconocimiento de la falta de algo, la necesidad existe sin que exista un bien destinado a satisfacerlo.

Motivación: Son otros tipos de inputs que pueden modificar los estímulos externos debido a que un apersona se encuentre involucrado conductualmente en la búsqueda de la solución; dependiendo de la fuerza de la motivación y de si los orientan o no a la solución.

Experiencia: La persona reacciona en base a su experiencia y esto afecta a su comportamiento. El efecto acumulativo de las experiencias cambia las formas de percepción y respuesta.

d) Tipos de percepción:

Dentro de la percepción existen dos clases de percepción la primera es la percepción de objetos y la segunda es la percepción del entorno social (48).

➤ **En la percepción de objetos:**

Se subdividen:

Percepción de forma y fondo: Se percibe de manera independiente un objeto del fondo.

Percepción de agrupación: una vez separada la figura del fondo, se organiza la figura seleccionada en formas que tengan sentido.

Principio de simplicidad /semejanza: los elementos similares tienden a agruparse y a diferenciarse de otros y eso incluso pueden dominar sobre la proximidad, con independencia de la distancia. Las figuras semejantes tienden a ser vistas conjuntamente.

Principio de continuidad: Se percibe mejor los trazos continuos que los discontinuos.

➤ **La percepción del entorno social o percepción social:**

Se define como juicios elementales que la persona elabora frente a una situación personal. Vale mencionar que diferenciados los

tipos de percepción que existen la investigación selecciona como eje principal la percepción social de “la psicología social” que la define como el proceso por el cual el individuo llega a conocer a los demás y a concebir sus características, cualidades y estados interiores. El término percepción social incluye todos aquellos procesos de índole cognitiva mediante los cuales se elabora juicios relativamente elementales acerca de otras personas, sobre la base de la propia experiencia o de las informaciones que transmiten terceras personas (46).

e) Dimensiones de la percepción del cuidado (21):

➤ **Humana:**

Según Jean Barret “La forma según el hospital, equipo de salud y las enfermeras en especial, comprendan al paciente, determina en gran medida el tipo de cuidado que reciben y de gran importancia “la comprensión del paciente”, es la clave para una buena atención y es necesario conocer. El conocer más al paciente, implica su consideración como individuo, miembro de familia y como parte de una sociedad del cual no se puede aislar, implica saber que como ser humano tiene necesidades comunes a él. El principio fundamental de enfermería dice: “Respetar la individualidad del paciente”, por ello la enfermera debe, saludar al paciente y familiar, llamar por su nombre al paciente y familiar, tratar con respeto y consideración, brindar un trato

amable, mantener una buena comunicación en forma clara y fácil de entender, con el paciente y familiar, presentarse por su nombre cuando le atiende y respetar su privacidad al realizar algún procedimiento y tratamiento. El profesional de salud competente debe poseer actitud de empatía, amabilidad, respeto por la persona humana (atención de necesidades afectivas), paciencia y buena comunicación de acuerdo a la capacidad de comprensión del paciente oncológico, quien tiene muchas necesidades psicológicas (cansancio, disminución de fuerzas experimentando sentimientos de inferioridad y necesidades emocionales, se siente sola e insegura. Estos problemas son exacerbados a menudo por quienes lo rodean.

➤ **Oportuna:**

Esta característica consiste en proporcionar los cuidados en un momento dado, y de acuerdo a cada situación sea este del individuo sano o enfermo, familia o comunidad, implica una observación minuciosa de signos o síntomas, una clara conciencia del dinamismo del diagnóstico de enfermería y una rápida toma de decisiones. Todo ello como producto de una adecuada integración de los conocimientos basados en el método científico, es el grado en el cual se proporciona al paciente el cuidado o intervención en el momento más beneficioso o necesario, es decir cada vez que el paciente lo

requiera y de acuerdo a sus necesidades. Se establece de acuerdo al tiempo de espera breve, tiempo de duración de la atención suficiente, valoración integral al paciente y orientación cada vez que se requiera.

➤ **Continua:**

La característica de continuidad no sólo se refiere al tiempo, sino también al espacio, continuidad implica que la atención que se brinda al paciente sea durante las 24 horas del día y los 35 días del año, debe ser perseverante sin interrupción y siempre debe responder a los objetivos trazados para el plan de atención. La atención debe darse en forma permanente según las necesidades del paciente como el control de funciones vitales, examen físico y tratamiento respectivo según indicación médica, está capacitada y actualizada para realizar un plan de atención y la atención debe ser en forma permanente.

➤ **Segura:**

Como su nombre lo indican los cuidados que se brindan al individuo, familia o comunidad son seguras cuando están libres de riesgo y estos riesgos no sólo deben estar referidos a daños físicos, sino también a daños psicológicos, sociales o morales. Según Maslow “El hombre necesita un ambiente estable en el cual se halle protegido contra las amenazas de peligro y privaciones”. Esta característica debe responder a preguntas que

abordan aspectos tales como educación al paciente y familiar sobre las normas del servicio, tratamiento y efectos secundarios, las condiciones físicas del ambiente del servicio de emergencia son favorables, estar pendiente de la seguridad del paciente y se dispone de todos los materiales que se requieren para la atención disminuyendo el riesgo a complicaciones.

C) Familia del paciente de la unidad de cuidados intensivos:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y patrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no pueden definirse con precisión en escala mundial”. En una familia, los miembros interactúan en una diversidad de roles que surgen de las necesidades individuales y de las del grupo de su entorno (padres, hijos, etc.). La enfermedad de un miembro de la familia puede causar grandes cambios, provocando en ella un alto riesgo de inadaptación entrando en un estado de crisis y en una experiencia emocionalmente muy dolorosa (49).

La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, toda vez que la complejidad y gravedad en los servicios de Unidad de cuidados intensivos (UCI) cobran mayor dimensión y provocan situaciones de angustia y elevados grados de estrés en las familias que

se encuentran en las unidades donde existe más tecnología médica y más vigilancia por parte del equipo sanitario, refuerzan la idea de que “los familiares de un paciente ingresado en la UCI sufren ansiedad, desorganización y necesidad de ayuda, sobre todo las primeras 18-24 horas posteriores al ingreso “Por lo tanto, el núcleo familiar involucrado requiere tanto de apoyo emocional como de una excelente y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente.

La unidad de Cuidado Intensivo (UCI), es un servicio de alta complejidad de atención, en donde más sufren los familiares, pues la pérdida de la salud supone una crisis situacional; en la que el núcleo familiar experimenta reacciones emocionales significativas (estrés, miedo, depresión, angustia, soledad, incertidumbre, llanto) y se requieren de mecanismos afectivos y de afrontamiento para restaurar el equilibrio, en estas circunstancias, el apoyo emocional y soporte comunicativo por parte del personal de salud ayuda a amortiguar el entorno hospitalario de la UCI.

El proceso de la enfermedad afecta no sólo a la persona, sino que se extiende al ámbito de las relaciones familiares. Como dice Ruiz Y Bernat, “El ingreso de un paciente en la unidad de cuidados intensivos supone una ruptura de la unidad paciente familia agravada por la frecuente incapacidad de la familia para recibir información y expresar sus propios deseos e inquietudes”. Si a esto se le agrega el potencial déficit de comunicación con el personal asistencial, se podrían generar

situaciones inquietantes para el usuario –paciente y/o familia, que llevarle a producir conflictos interpersonales afectando de manera negativa la calidad percibida en la asistencia por la familia del paciente crítico. Partiendo de estas premisas se puede afirmar que las familias no son solo visitantes en el entorno de la UCI, sino que son una extensión del paciente y experimentan el proceso de cuidado al lado de su familiar. La familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere cuidados, atención e información oportuna.

Por lo tanto, vale la pena conocer las manifestaciones de la experiencia vida por estos familiares como planteamiento de un problema, para buscar soluciones y estrategias de apoyo. Se ha documentado que el ingreso de una persona en la UCI. Altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenece, de ahí la importancia del familiar. El familiar se convierte en pieza fundamental de cuidado de la persona hospitalizada, la familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere de cuidado, atención e información oportuna.

Por lo tanto, vale la pena conocer las manifestaciones de la experiencia vivida por estos familiares como planteamiento de un problema, para buscar soluciones y estrategias de apoyo. Se ha documentado que el ingreso de una persona en la UCI altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenece, de ahí la importancia del familiar. El familiar se convierte en pieza fundamental

del cuidado de la persona hospitalizada, la familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere de cuidado, atención e información oportuna. Con frecuencia, se les observa en las salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades. Es conocido de cualquiera, que las primeras visitas pueden ser alarmantes; crean angustia, expectativas en relación con la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos de mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado con calidad.

La familia debe ser entendida como sugiere Pérez “Una unidad en la que, al producirse una alteración o transformación de uno de los integrantes de este grupo humano, influirá indefectiblemente en todos los demás, generando en algunos casos su disfuncionalidad”.

Para Canty “La familia es un grupo cuyos integrantes se interrelacionan y están sujetos a la influencia del entorno y por lo tanto a hospitalización de uno de ellos creará una situación de crisis”.

Las experiencias que viven los familiares al separare un miembro de la familia, debido a la hospitalización desencadena una serie de reacciones emocionales, el cual se ve intensificado en relación a la gravedad de la enfermedad.

Así mismo, “Los familiares de los pacientes hospitalizados en un servicio especialmente en la UCI, necesitan frecuentemente cuidados que preserven su salud física y mental, requiriendo establecer una

estrecha relación con alguien a quien poder confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias, y sus crisis de desaliento”. De ahí la importancia de la participación de la enfermera (o) que son el nexo entre a familia y los demás integrantes del equipo de salud, por su permanencia continua, que permite ayudar al paciente y familia a adaptarse a su nueva forma de vida favoreciendo así su rehabilitación integral.

Entre las necesidades que se consideran más importantes para las familias, se destacan las de seguridad, información, proximidad y apoyo emocional. El impacto emocional comienza en el momento en que el paciente ingresa al hospital, y se profundiza cuando el enfermo ingresa a la UCI.

La familia sufre de ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como: Pérdida del contacto, inseguridad, y la necesidad que surge frente a la posibilidad de muerte, sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria.

Por otro lado, “La percepción es un proceso a través del cual se tiene conciencia de lo que ocurre alrededor y en nuestro interior, es obviamente algo más que una imagen del mundo proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado, aunque la experiencia desempeña un papel importante y las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades,

interese y las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa”.

En la atención ofrecida en las situaciones de salud, específicamente en servicios de cuidado crítico, la comunicación con la familia en la UCI es un elemento fundamental para brindar cuidado. Carbelo definió la comunicación como “Un proceso dinámico fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos seres vivos, ya sean individuos u organizaciones”. La comunicación es un concepto más amplio que la información, si bien esta es uno de sus componentes esenciales, sin embargo, muchos profesionales confunden o usan indistintamente los términos de comunicación e información. Informar es dar noticias sobre algo y es un hecho más puntual. “Comunicar requiere al menos dos personas y ello implica relación, nos comunicamos en la medida que nos relacionamos”.

La familia es la unidad social básica y suele actuar para sostener y proteger a sus miembros, tanto individual como colectivamente. Es el soporte principal de sus integrantes.

Toda amenaza a la función hace que se sienta ansiosa, si la familia siente la amenaza de perder a uno de sus miembros, se defiende contra la pérdida. Por ello es un recurso importante para minimizar los problemas de salud acarreados en algún miembro de la familia, sin embargo, cuando su familiar sufre una enfermedad grave puede necesitar a su familia más que nunca.

Constituyendo la familia un soporte social básico, que ayuda a disminuir los efectos del estrés y a mejorar la salud mental del paciente (50).

La familia, cuyos miembros se interrelacionan y están sujetos a la influencia del entorno, la hospitalización de uno de ellos creará una situación de crisis. El ingreso de un paciente a unidad de salud sonetea los miembros de su familia a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación. En la mayoría de los familiares podemos observar manifestaciones de angustia, temor, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección. Sin embargo, algunos familiares presentan también conductas de rechazo y evitación las que pueden llegar hasta el abandono con los siguientes sentimientos de culpa.

Según Fink: Los pacientes, familiares inclusive las enfermeras experimentan una crisis en la que se puede diferenciar cuatro fases (51).

Choque emocional: En la que el sujeto siente una amenaza hacia él o algún miembro de su familia, ve a la realidad hostil, abrumadora, experimentando en respuesta a ello ansiedad desesperanza, miedo y obnubilación en el pensamiento.

Retirada defensiva: El sujeto procura conservar el equilibrio emocional, trata de evitar la realidad experimentando negación,

represión, indiferencia o euforia. Se manifiesta enojado y resistente al cambio procurando organizar en forma defensiva sus ideas.

Aceptación: El sujeto se enfrenta a la realidad y se siente deprimido.

Experimenta apatía, agitación, amargura, aflicción, intensa ansiedad o ideas sucias, si el factor que produce estrés es demasiado abrumador.

Su pensamiento se desorganiza debido a la alteración de la percepción de la realidad.

Adaptación y cambio: Siente una sensación de auto valía, experimenta un aumento gradual de satisfacción.

Cuando estas emociones y sentimientos se prolongan en el tiempo y /o se intensifican dando origen a conductas mal adaptativas nos encontramos frente a una crisis situacional, a un trastorno de ansiedad o del ánimo o a un trastorno de personalidad.

D) Calidad de atención en los servicios de salud:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: “conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, 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” (52).

Existen varias definiciones para el término “calidad en la atención de la salud “la calidad es hacer lo correcto de la manera correcta la primera vez, y hacerlo mejor la vez siguiente, con las limitaciones de

los recursos existentes y la satisfacción de la comunidad. Las acciones de promoción, prevención y atención están dirigidas a la persona, a la familia y a la comunidad, y a su interrelación con el medio (52).

Según la OPS define calidad en salud al “Conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente”, nos expresan que la calidad de un servicio se valora subjetivamente. Si no se satisfacen las necesidades y expectativas del paciente, entonces no hay calidad, a pesar que lo técnico haya sido alcanzado plenamente (53).

Por lo tanto, la calidad de atención se define como: “La atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de salud 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 salud”.

Para los servicios de salud la atención brindada es de calidad cuando se brinda a tiempo sin demora tratando de obtener cooperación y participación del paciente 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” (54).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

2.3.1 Unidad de cuidados intensivos:

Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la atención de salud especializada en medicina intensiva a usuarios críticos en condición de inestabilidad y gravedad persistente.

2.3.2 Cuidado:

Es la actitud de desvelo, de solicitud y atención para con el otro y la preocupación e intranquilidad, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta afectivamente con el otro. Esto incluye necesariamente el imperativo ético y el amor como parte de la triada biológica hacia lo social como su destino y su posibilidad de recreación y resonancia, desde el punto de vista psicológico es cuando una persona hace uso de la inteligencia emocional e influencia de manera motivadora en las personas de su entorno, por ejemplo en el toque terapéutico y en el

cuidado mismo, porque hay un intercambio de energía entre el cuidador y el ser cuidado, sobre todo cuando este se realiza con un enfoque holístico.

2.3.3 Percepción del Familiar sobre el cuidado:

Es la respuesta expresada por el familiar sobre la impresión obtenida a través de los sentidos acerca del cuidado que le brinda el personal de salud en la dimensión humana, oportuna, continua y segura. El cual se obtuvo mediante una escala de Lickert modificada y valorada en favorable, medianamente favorable y desfavorable.

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

3.3.1 Variable 1:

Motivación del personal de salud: Es aquella fuerza que impulsa al individuo a realizar una actividad o tener un determinado comportamiento hacia la realización de objetivos esperados.

3.3.2 Variable 2:

Percepción del familiar del paciente sobre el cuidado: Expresión de complacencia o no bienestar manifestada por el familiar, respecto a la calidad de atención recibida en su paciente.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	Definición Conceptual	Definición Operacional Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición de la variable
Motivación	La motivación es una característica de la psicología humana que contribuye al grado de compromiso de la persona; es un proceso que ocasiona, activa, orienta, dinamiza y mantiene el comportamiento de los individuos hacia la realización de objetivos esperados	<p>Variedad de la tarea</p> <p>Identidad de la tarea.</p> <p>Significado o importancia de la tarea.</p> <p>Autonomía para la realización de la tarea</p>	<p>-Oportuno</p> <p>-Habilidad</p> <p>-Fácil</p> <p>-Diversidad</p> <p>-Rutinario</p> <p>-Orden</p> <p>-Insignificante</p> <p>-Organizado</p> <p>-Completo</p> <p>-Bienestar</p> <p>-Consecuencias</p> <p>-Trascendente</p> <p>-Perjudicial</p> <p>-Decisión</p> <p>-Limitación</p> <p>-Discreto</p> <p>-Libertad</p>	<p>-Tengo la oportunidad de realizar un número diferente de tareas empleando una gran variedad de habilidades.</p> <p>-Suelo emplear un número de habilidades complejas en este trabajo</p> <p>-El trabajo es bastante simple y repetitivo.</p> <p>-Mi trabajo implica realizar un número de tareas diferentes.</p> <p>-La demanda de mi trabajo es altamente rutinaria y predecible</p> <p>-Completo una tarea de principio a fin. Los resultados de mi esfuerzo son claramente visibles e identificables.</p> <p>-Realizo contribuciones insignificantes al servicio o resultado final.</p> <p>-Mi trabajo es bien organizado de modo que no tengo la necesidad de realizar solo una parte del trabajo durante el turno</p> <p>-Mi trabajo me da la oportunidad para terminar totalmente cualquier función que empiece.</p> <p>-Lo que realizo afecta el bienestar de los pacientes de muchas maneras importantes.</p> <p>-Lo que realizo es de mínimas consecuencias para los pacientes.</p> <p>-Mi trabajo no es muy importante para la sobrevivencia del hospital.</p> <p>-Los pacientes se ven afectados por el trabajo que realizo</p> <p>-Yo tengo la completa responsabilidad de decidir cómo y dónde se debe hacer el trabajo.</p> <p>-Tengo muy poca libertad de decidir cómo se puede realizar el trabajo</p> <p>-Mi trabajo no me da la oportunidad de participar en la toma de decisiones</p> <p>-Mi trabajo me concede libertad considerable para desarrollar mi labor</p>	<p>Escala de Lickert Ordinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre = 5 • Casi siempre = 4 • A veces = 3 • Pocas veces = 2 • Nunca = 1

		Retroalimentación sobre su desempeño	Retroalimentación -Satisfacción -Ayuda -Elogio -Avance	-Mi jefe me provee de constante retroalimentación sobre lo que estoy realizando. -El solo hecho de realizar mi trabajo me da la oportunidad de deducir cuan bien lo estoy realizando. -Mis supervisores y compañeros esporádicamente me dan retroalimentación de cuan bien estoy realizando mi trabajo. -Los supervisores nos hacen saber cuan bien ellos piensan que lo estoy haciendo. -Mi trabajo me provee pequeños indicios acerca de si estoy desarrollándolo en forma adecuada.	
Percepción del familiar del paciente sobre el cuidado	Es aquella respuesta emitida o referida verbalmente por el familiar del paciente sobre la impresión que tiene en relación a la intervención que realiza el personal de salud sobre el cuidado.	Humana Oportuno	- Recomendaciones - Información - Desinterés - Cuidado al alta - Tono de voz - Tiempo - Cuidado en su estadía - Despreocupación - Interés - Demora	- El personal de salud le da recomendaciones para cuidar a su familiar en el hogar - El personal de salud le brinda información cuando Ud. Tiene alguna duda o interrogante - Considera Ud. Que el personal de salud muestra desinterés por ayudarlo a Ud. - El personal de salud le da información en forma acertada sobre los cuidados que debe tener con su familiar después del alta. - El tono de voz del personal de salud durante su atención es fuerte. - El personal de salud le dedica el tiempo que le sobra para atenderlo a Ud. - El personal de salud le proporciona cuidado necesario y constante durante su estadía. - Considera que el personal de salud se despreocupa de los medicamentos de su familiar. - Considera que el personal de salud muestra interés en atender a su familiar. - Considera que el personal de salud se demora en aliviar las molestias de su familiar.	Escala de Lickert Ordinal • Siempre = 3 • A veces = 2 • Nunca = 1

		Continuo	<ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento - Cuidado del familiar - Explicación - Abandona 	<ul style="list-style-type: none"> - El personal de salud le pide su consentimiento cuando se requiere. - El personal de salud le impide participar en los cuidados de su familiar. - El personal de salud explica en forma clara a Ud. sobre el estado de salud de su familiar. - El personal de salud le abandona durante su estadía en el servicio. 	
		Segura	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje difícil - Respeto intimidad - Apoyo emocional - Preocupación 	<ul style="list-style-type: none"> - El personal de salud utiliza un difícil lenguaje al dirigirse a Ud. - El personal de salud respeta la intimidad de su familiar. - El personal de salud le brinda apoyo emocional cuando Ud. Se encuentra triste. - Considera que el personal de salud se preocupa por tener un ambiente libre de peligros de accidentes 	

3.3. HIPÓTESIS GENERAL:

H₀: No existe relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.

H₁: Existe relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Según Hernández S. (2008) (55), Estudio de tipo correlacional prospectivo de corte transversal, porque busca la influencia de una variable sobre otra.

El nivel de la investigación fue aplicada, porque estuvo interesada en resolver problemas de naturaleza práctica, aplicando los resultados obtenidos.

Según el enfoque, esta investigación fue cuantitativa, ya que se basó en datos estadísticos que tomamos de cierta población a la vez que describe y analiza las variables que se van a investigar. Según el número de variables de interés fue analítico porque plantea y pone a prueba hipótesis. Según el alcance es de tipo correlacional porque selecciono dos variables en una determinada área geográfica, en un tiempo dado y a un grupo poblacional determinado, para establecer entre ellas las relaciones que tienen las mismas. Según su intervención fue no experimental u observacional porque nos permite observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlo. Se realiza sin manipular deliberadamente variables. Según el número de observaciones fue transversal porque implica la recolección de datos en un solo corte en el tiempo. Según el tiempo de recolección de datos, la investigación fue prospectiva porque los datos necesarios para el estudio fueron recogidos a propósito de la investigación.

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación responde a un diseño no experimental descriptivo correlacional prospectivo de corte transversal, porque busca la significancia de relación entre dos variables en un tiempo determinado (52). Responde al siguiente esquema:

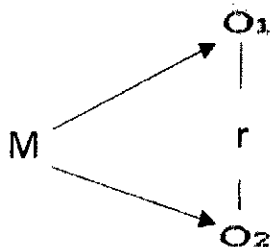
Donde:

M: Muestra (Personal de salud y familiar del paciente)

O₁: Variable 1 (Motivación del personal de salud)

O₂: Variable 2 (Percepción del familiar del paciente sobre el cuidado)

r: Relación entre variables



4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

4.1.1 Población:

Estuvo conformada por 36 trabajadores de salud y 36 familiares de pacientes del Hospital Julio Cesar Demarini Caro. La Merced-2017.

4.1.2 Muestra:

Para la muestra de personal de salud de salud y para los familiares de pacientes se realizó a través de un muestreo probabilístico proporcional con un nivel de confianza del 95% .se obtuvo una

muestra de 33 familiares de pacientes del Hospital Julio Cesar

Demarini Caro 2017. Como se muestra a continuación:

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

Donde:

Z (Margen de confiabilidad)	=	1.96
P (Probabilidad que el evento ocurra)	=	0.50
Q (Probabilidad que el evento no ocurra)	=	0.50
N (Población)	=	36
E (Error máximo permitido)	=	0.05
n (Tamaño necesario de la muestra)	=	¿?

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.50) (0.50) \cdot 36}{(0.05)^2 (36-1) + (1.96)^2 (0.50)(0.50)}$$

$$n = 33$$

Criterios de Inclusión:

-Personal de salud (Medico intensivista, licenciados en enfermería y técnicos de enfermería) que se encuentra laborando en el hospital entre nombrados, contratados y suplencia.

-Familiares de pacientes hospitalizados más de 24 horas en la UPSS de UCI.

Criterios de exclusión:

- Personal de salud (Medico intensivista, licenciados en enfermería y técnicos de enfermería) que se encuentra de vacaciones, permiso y/o licencia.
- Familiares que no desean participar.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

4.1.3 Técnicas:

- **Encuesta:** Permitió recabar información de las variables en estudio.

4.1.4 Instrumentos:

- **Cuestionario tipo Likert-modificado:** Adaptado Job Diagnostic Survey de Hackman y Oldham que tuvo 22 enunciados los que serán dirigidos al Personal de salud con la finalidad de valorar la Motivación. La validez del instrumento fue realizada en el Hospital Arzobispo Loayza en el 2006 por la licenciada en enfermería Sheila Melissa Vásquez Sosa.
- **Cuestionario tipo Lickert - modificado:** Tuvo de 18 enunciados los que serán dirigidos al familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos. La validez del instrumento fue

realizada en el INEN en el servicio de emergencia en el 2010 por Mercedes Milagros Quinto Vásquez.

4.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para el desarrollo de la tesis estudiada se llevó a cabo el siguiente esquema:

- a) Formulación y aprobación de proyecto de Tesis
- b) Autorización de dirección.
- c) Coordinación y equipo de trabajo para la aplicación del instrumento.
- d) Firma de consentimientos informados por el personal de salud y familiares de los pacientes.
- e) Aplicación de los instrumentos.
- f) Procesamiento de los datos.
- g) Elaboración de cuadros y gráficos estadísticos en función a los datos procesados.

4.6. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Llevamos a cabo un proceso sistemático que nos ayudó a ordenar y totalizar los valores encontrados, luego de la recolección de datos, así mismo nos mostró de manera ordenada y practica, la estructuración de los datos mediante cuadros y gráficos estadísticos. Donde usamos:

Estadística Descriptiva:

- **Tablas de Frecuencia:** Nos ayudó a desagregar la información para valorar los resultados.

- **Gráficos:** Nos proporcionó mayor visualización de los resultados mediante grafico de barras.

- **Estadísticos:** Se utilizó para medidas de tendencia central.

Estadística inferencial:

- Para la contratación de Hipótesis se utilizó la prueba Tau b Kendall, se verifica el grado de relación entre las variables de estudio.

CAPÍTULO V
RESULTADOS

5.1 Resultados del objetivo general:

Tabla 5.1

Relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017

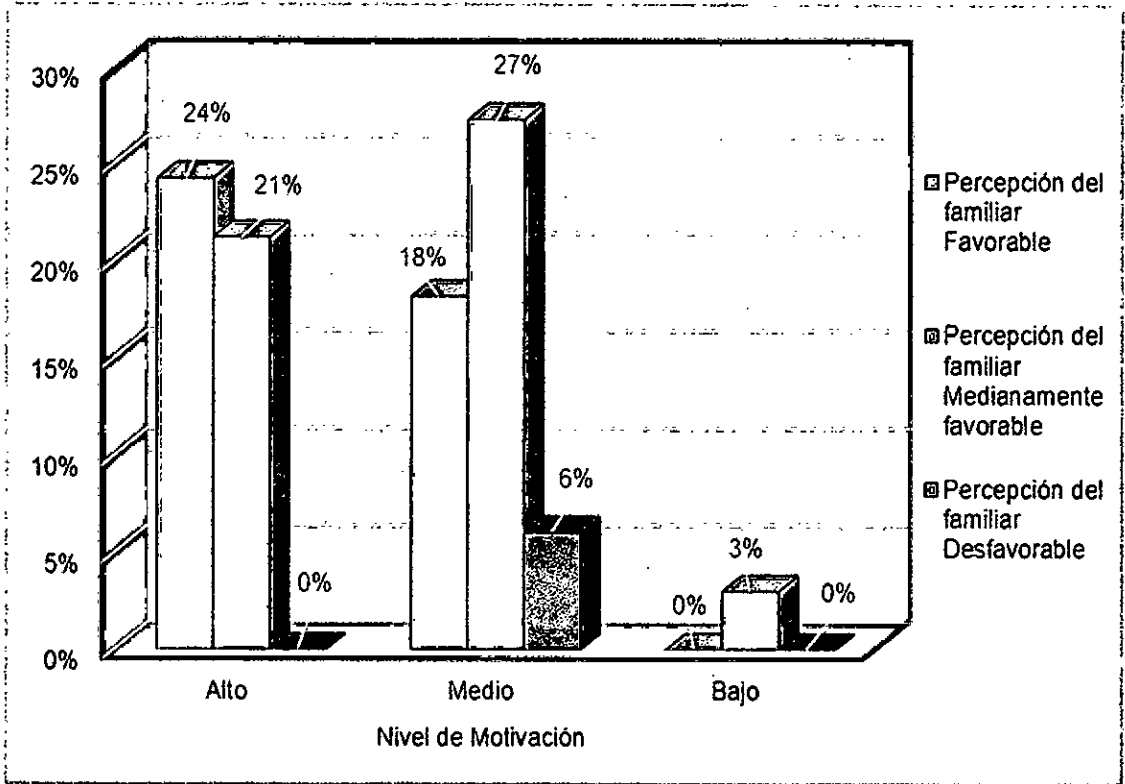
		Percepción del familiar			Total
		Favorable	Medianamente favorable	Desfavorable	
Nivel de Motivación	Alto	8 24.24%	7 21.21%	0 0.00%	15 45.45%
	Medio	6 18.18%	9 27.27%	2 6.06%	17 51.52%
	Bajo	0 0.00%	1 3.03%	0 0.00%	1 3.03%
Total		14 42.42%	17 51.52%	2 6.06%	33 100.00%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de salud y familiares de pacientes de UCI-HJCDC 2017.

Se puede observar en la tabla 5.1 sobre motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos, que cuando el nivel de motivación es alto 45.45% (15) la percepción de los familiares sobre el cuidado es favorable 24.24% (8), y cuando la motivación es media 51.52% (17) la percepción del familiar sobre el cuidado es medianamente favorable 27.27% (9).

Gráfico 5.1

Relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017



Fuente: Programa estadístico SPSS V 23 – Análisis de Datos.

5.2 Resultados del objetivo específico:

Tabla 5.2

Nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.

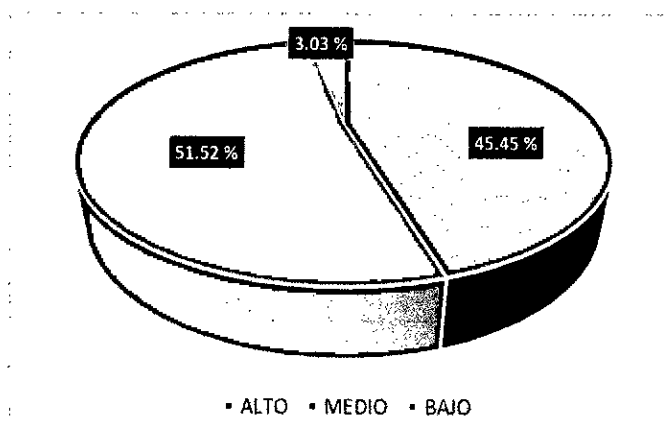
Nivel de motivación	Frecuencia	Porcentaje
Alto	15	45.45
Medio	17	51.52
Bajo	1	3.03
Total	33	100

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de salud de UCI-HJCDC 2017.

Se puede observar en la tabla 5.2 sobre Nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos que, el 51,52% (17) tiene un nivel de motivación medio, el 45,45% (15) tiene un nivel de motivación alto, y el 3,03% (1) tiene un nivel de motivación bajo.

Gráfico 5.2

Nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017



Fuente: Programa estadístico SPSS V 23 – Análisis de Datos

Tabla 5.3

Dimensiones del nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.

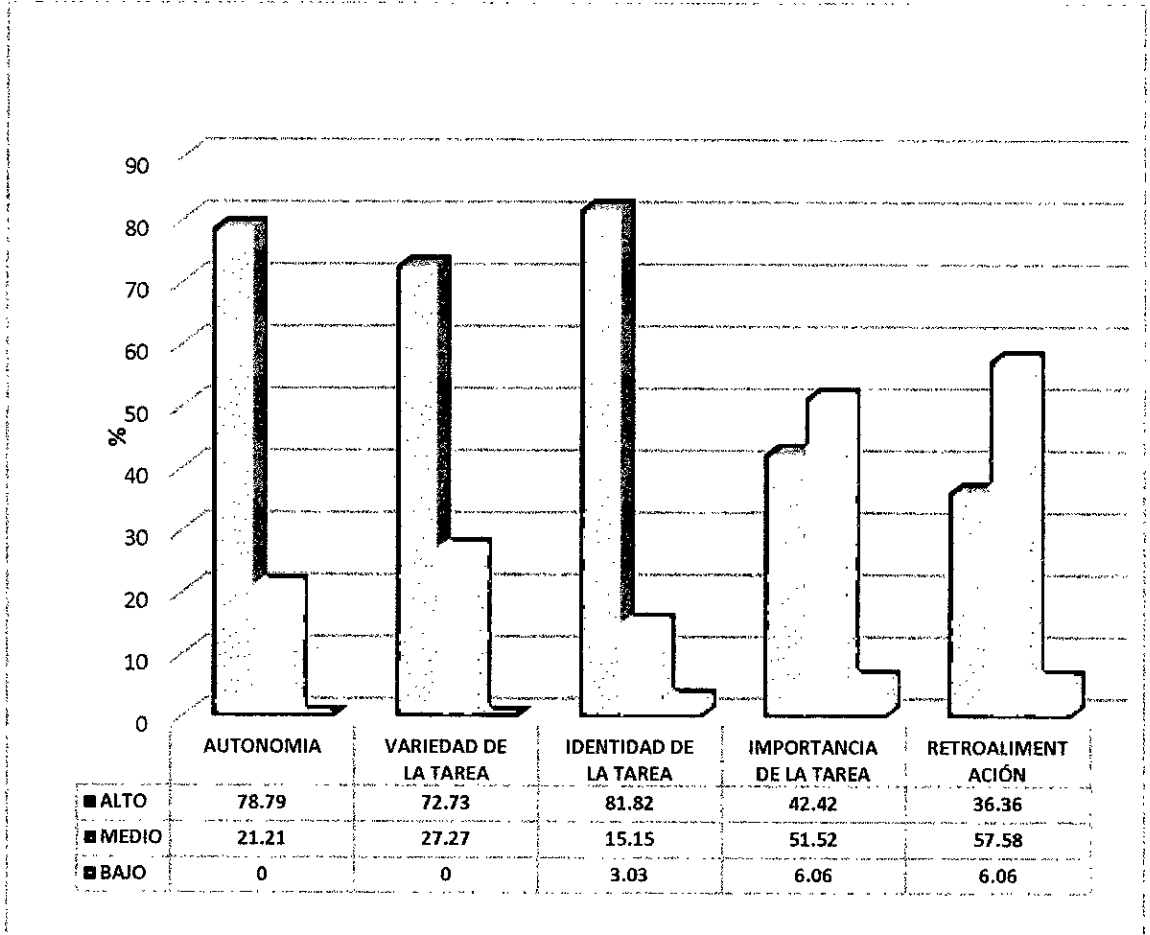
Característica	Frecuencia	Porcentaje
Variedad de la tarea		
Alto	24	72.73
Medio	9	27.27
Bajo	0	0
Identidad de la tarea		
Alto	27	81.82
Medio	5	15.15
Bajo	1	3.03
Importancia de la tarea		
Alto	14	42.42
Medio	17	51.52
Bajo	2	6.06
Autonomía para la realización de la tarea		
Alto	26	78.79
Medio	7	21.21
Bajo	0	0
Retroalimentación sobre su desempeño		
Alto	12	36.36
Medio	19	57.58
Bajo	2	6.06
Total	33	100

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de salud de UCI-HJCDC 2017.

Se puede observar en la tabla 5.3 sobre las dimensiones del nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos es alta en variedad de la tarea 72.73% (24), identidad de la tarea 81.82% (27) y autonomía para la realización de la tarea 78.79% (26) y medio en las dimensiones importancia de la tarea 51.52% (17) y retroalimentación sobre su desempeño 57.58% (19).

Gráfico 5.3

Dimensiones del nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.



Fuente: Programa estadístico SPSS V 23 – Análisis de Datos

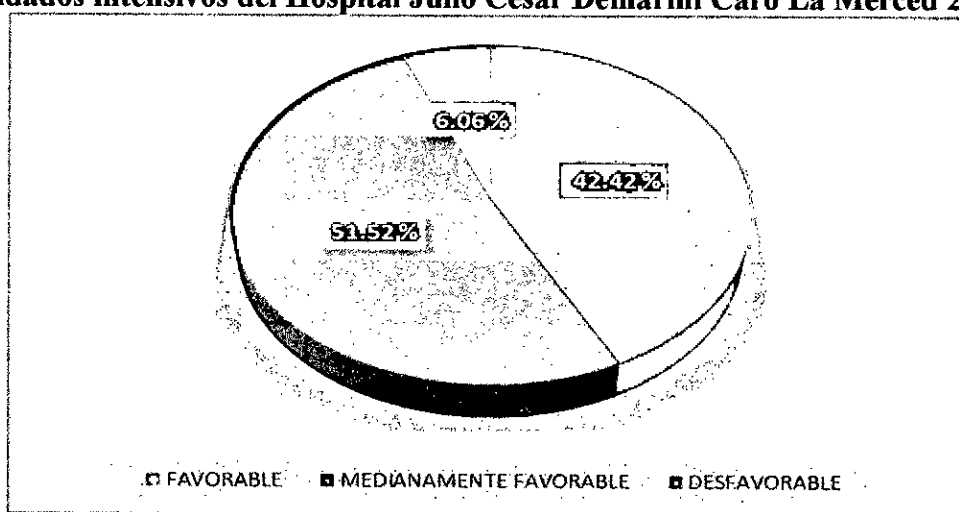
Tabla 5.4
Percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	14	42.42
Medianamente favorable	17	51.52
Desfavorable	2	6.06
Total	33	100

Fuente: Cuestionario aplicado al familiar del paciente de UCI-HJCDC 2017.

Se puede observar en la tabla 5.4 sobre percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos que, el 51.52% (17) tiene una percepción medianamente favorable, el 42.42% (14) tiene una percepción favorable y el 6.06% (2) tiene una percepción desfavorable del cuidado en la unidad de cuidados intensivos.

Gráfico 5.4
Percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.



Fuente: Programa estadístico SPSS V 23 – Análisis de Datos

Tabla 5.5

Dimensiones de la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.

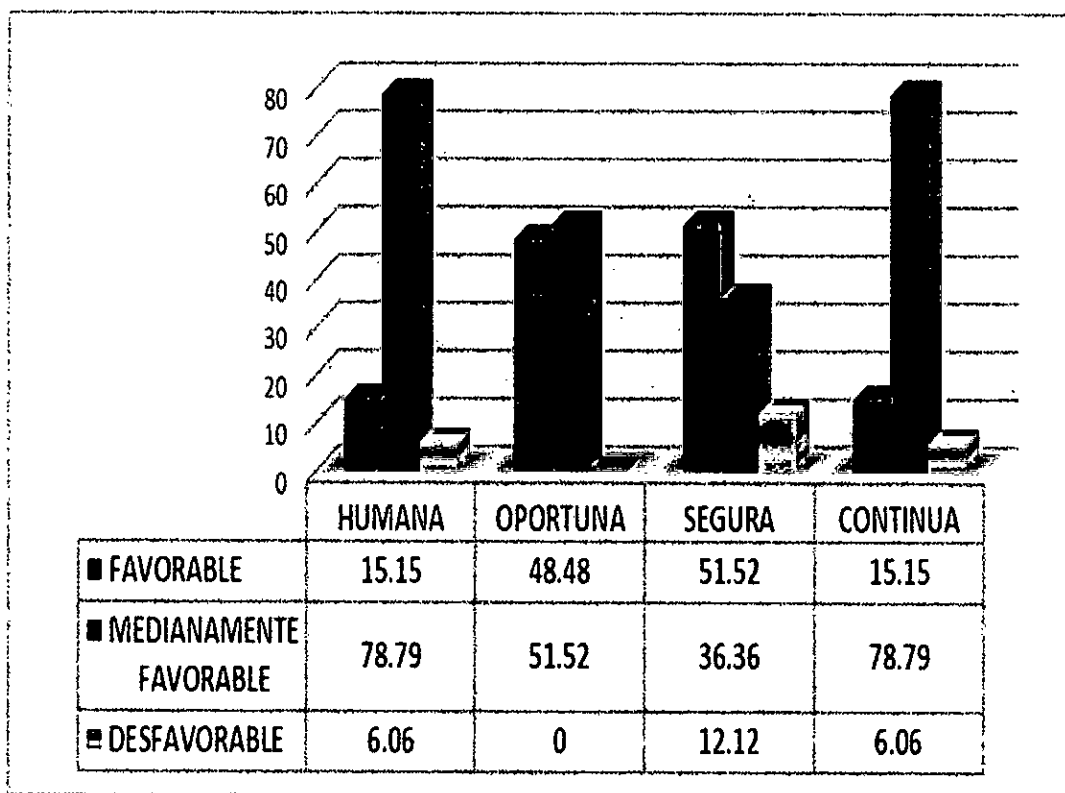
Característica	Frecuencia	Porcentaje
Humana		
Favorable	5	15.15
Medianamente favorable	26	78.79
Desfavorable	2	6.06
Oportuna		
Favorable	16	48.48
Medianamente favorable	17	51.52
Desfavorable	0	0
Segura		
Favorable	17	51.52
Medianamente favorable	12	36.36
Desfavorable	4	12.12
Continua		
Favorable	5	15.15
Medianamente favorable	26	78.79
Desfavorable	2	6.06
Total	33	100

Fuente: Cuestionario aplicado al familiar del paciente de UCI-HJCDC 2017.

Se puede observar en la tabla 5.5 sobre las dimensiones de la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos las dimensiones humanas 78.79% (26), oportuna 51.52% (17) y continua 78.79% (26) se encuentran medianamente favorable y la dimensión segura 51.52% (17) es favorable.

Gráfico 5.5

Dimensiones de la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.



Fuente: Programa estadístico SPSS V-23 – Análisis de Datos

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS CON LOS RESULTADOS:

Se utilizó la prueba de Tau b de Kendall por tratarse de variables ordinales.

	Percepción del familiar	
	Tau b de Kendall	P
Nivel de motivación	.042	.000

Al obtenerse un valor de $p = 0.000$ con un nivel de significancia de 0.05%, la decisión es rechazar la H_0 debido a que $p \text{ valor } 0.000 < 0.05$. Por lo que se acepta la hipótesis del trabajo:

Ha: Existe relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.

La Tau b Kendall de 0.042 nos indica que la correlación entre variables es muy baja, por lo que la percepción del familiar no es un factor determinante, por lo que se debe analizar otros factores.

En el trabajo se encontró que la motivación del personal de salud es alta y la percepción de los familiares favorable y cuando la motivación del personal de salud es media la percepción de los familiares es medianamente favorable.

6.2. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS SIMILARES:

El nivel de motivación encontrado en el personal de salud fue medio 51.52% (17), el cual coincide con el estudio realizado por Chávez W. en una población similar a la del estudio encontró un nivel de motivación medio 75%, similar a lo encontrado por Palacios H. y Rafael D. se encontró que la motivación del personal de enfermería se encuentra en un nivel medio 70% (28).

Si la motivación es el impulso que inicia, guía y mantiene un comportamiento hasta alcanzar una meta u objetivo deseado, entonces debemos considerar que el enriquecimiento del trabajo, se acompaña de muchos beneficios, fomenta el crecimiento y la realización personal. Al aumentar la motivación, debe mejorar el rendimiento, con lo que se tiene un trabajo más humanizado y productivo. También tienden a disminuir los efectos negativos, como el ausentismo del personal, el tiempo ocioso y las quejas de los familiares y paciente. De tal manera que se benefician el trabajador y la sociedad.

La motivación de un trabajador puede ir desde obtener dinero para cubrir sus necesidades básicas, hasta conseguir el reconocimiento social. Además, los elementos motivadores de los trabajadores no permanecen invariables a lo largo del tiempo, sino que van evolucionando en la medida que el sujeto va cubriendo sus necesidades y deseos.

La motivación es un aspecto de enorme relevancia en las diversas áreas de la vida, entre ellas la educativa y la laboral por cuanto orienta las acciones y se conforma así en un elemento central que conduce lo que la persona realiza y hacia qué objetivos se dirige; Herzberg en su teoría de los dos factores, sostiene que las personas están influenciadas por dos factores: Factores higiénicos o factores extrínsecos que están relacionados con la insatisfacción, pues se localizan en el ambiente que rodean a las personas y abarcan las condiciones en que desempeñan su trabajo, los factores higiénicos están fuera del control de las personas. Los principales factores higiénicos son : El salario, los beneficios sociales, el tipo de dirección o supervisión que las personas reciben de sus superiores, las condiciones físicas y ambientales de trabajo, las políticas y directrices de la institución, el clima de relaciones entre la entidad y las personas que en ella trabajan, los reglamentos internos, el status y el prestigio, la seguridad personal, etc.; por otro lado se encuentran los factores motivacionales o factores intrínsecos, las cuales están relacionadas con la satisfacción en el cargo y con la naturaleza de las tareas que el individuo ejecuta. Por esta razón los factores motivacionales están bajo el control del individuo, pues se relacionan con aquello que él hace y desempeña. Los factores motivacionales involucran los sentimientos relacionados con el crecimiento y desarrollo personal, el reconocimiento profesional, las necesidades de autorrealización, la mayor responsabilidad y dependen de las tareas que el individuo realiza en su trabajo.

En cierta medida tanto la teoría de Herzberg coincide con la teoría de Maslow, en que los niveles más bajos de necesidades humanas tienen relativamente poco efecto en la motivación cuando el patrón de vida es elevado. La teoría de Virginia Henderson 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.

La percepción del familiar del paciente crítico sobre el cuidado fue 51.5 % (17) tiene una percepción medianamente favorable este coincide con los estudios realizados por: Peralta S. donde el 41% (46) tuvieron una percepción medianamente favorable sobre los valores que proyecta el personal de enfermería y Martínez K. en el cuál el 43% (13) tuvieron una percepción medianamente favorable sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional.

La unidad de cuidados intensivos es un lugar altamente especializado, donde los pacientes se encuentran hemodinámicamente inestables con monitoreo invasivo y no invasivo. Es ahí donde el personal de salud utiliza sus conocimientos, habilidades y destrezas para su pronta recuperación brindando una atención de calidad.

El personal de salud en muchas oportunidades omite preguntarle sobre los problemas que enfrenta debido a la situación de su familiar; el personal de salud se muestra ocupado para atenderlo ante las diversas actividades que realizan en el servicio y hacen gestos de molestia cuando el familiar

pregunta repetida veces sobre un mismo tema; y obvian las palabras de aliento para tranquilizarlos en los momentos de ansiedad o tristeza.

El personal de salud es quien permanece más tiempo al lado del enfermo y por ende del familiar, por lo tanto, para lograr el bienestar, debe conocer sus sentimientos y expectativas para que pueda responder ante sus demandas de atención. El bienestar de la persona es sin duda un tema complejo y a pesar de que se ha investigado al respecto, hasta el momento no se ha llegado a un consenso sobre el mejor proceder para garantizarlo, cuando un familiar ingresa con su paciente en estado grave de salud a una institución tiene muchas dudas e interrogantes acerca de lo que irá a pasar, sobre todo cuando se les va a realizar cualquier procedimiento.

De acuerdo a la literatura, Martin Buber señala que el cuidado es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “Persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. La esencia del cuidado es la interacción humana recíproca, “Arte de la verdadera relación humana “; es buscar la posibilidad “Casi milagrosa de formar un nosotros sin destruir el Yo – Tú”, es hacer cada encuentro en un fenómeno único. El cree que la persona sólo puede vivir en el pleno sentido de la palabra dentro de la esfera interhumana. La empatía según Buber supone la incorporación de uno mismo en otro ser, por lo tanto, la propia concreción.

Para lograr la satisfacción del familiar se debe brindar un cuidado humano, oportuno, seguro y continuo. La atención del personal de salud al familiar del paciente crítico está dada por el trato cálido y cortés que reciben los

familiares, la información acerca de cómo hacer frente a sus sentimientos de angustia, expresión de sentimientos, el mostrar interés por sus preocupaciones, así como el brindar apoyo emocional en los momentos de crisis. Además de considerar al paciente y familia dentro de su cuidado holístico e integral.

La teoría general del sistema nos menciona que se debe tener una visión holística en la que el todo es más que la suma de las partes y exige una comprensión de las relaciones, interacciones y comportamientos entre los elementos que caracterizan un sistema en su conjunto, esto coincide con la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson, se apoya en gran medida en las ciencias y las humanidades ofreciendo un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico) y con base espiritual y ve el cuidado como idea moral y ético.

Para Watson la relación del cuidado transpersonal se caracteriza por, el compromiso moral de la enfermera de proteger y realizar la dignidad humana, así como el más profundo y más alto yo. El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, para no reducir a la persona al estado moral de un objeto. Esta relación describe como la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. El objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a

proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

No se ha encontrado trabajos de investigación de la relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar sobre el cuidado, al realizar el cruce de variables encontramos en el presente estudios que cuando el nivel de motivación es alto 45.45% (15) , la percepción de los familiares sobre el cuidado es favorable 24.24% (8), y cuando la motivación es media 51.52% (17) la percepción del familiar sobre el cuidado es medianamente favorable 27.27% (9), es decir que existe relación significativa entre ambas variable.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- 1) El nivel de motivación medio del personal de salud se relaciona con la percepción del familiar medianamente favorable sobre el cuidado que le brindan a su paciente en la unidad de cuidados intensivos.
- 2) La motivación del personal de salud fue medio, según sus dimensiones se encuentra en nivel alto: Autonomía para la realización de la tarea, variedad de la tarea, identidad de la tarea y en un nivel medio la dimensión importancia de la tarea y retroalimentación sobre su desempeño
- 3) La percepción del familiar del paciente sobre el cuidado fue medianamente favorable, según sus dimensiones se encuentra en un nivel favorable la dimensión segura y en un nivel medianamente favorable las dimensiones humana, oportuna y continua

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- 1) Realizar estudios de investigación para identificar los factores asociados a la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente.
- 2) Implementar un plan de incentivos por el buen desempeño laboral (pasantías, resolución de reconocimiento etc.) y organizar talleres de motivación y relaciones interpersonales.
- 3) Implementar de acuerdo a nuestra realidad el programa de HUCI- España (cuidado humanizado en la unidad de cuidados intensivos): UCI en puertas abiertas y presencia y participación de la familia en los cuidados. A su vez realizar encuestas mensuales de percepción del paciente y familia.

CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Perlasa J. Percepción de la Atención de Enfermería de los Pacientes sometidos a hemodiálisis Periódica frente a sus Reacciones Emocionales, Ecuador, 2002. Disponible en: <http://www.usuarios.lycos.es/enfermeriapen/invesc/perceptación.html>.
- 2) Quinto M. Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia del INEN, 2010; Tesis Posgrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-grado. Perú, 2012. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2605/1/Quinto_Vasquez_Mercedes_Milagros_2012.pdf
- 3) López J. Motivación laboral y Gestión de Recursos Humanos en la Teoría de Frederick Herzberg. Rev. De Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas, UNMSM. [En línea]. 2005 [Revisado 14 junio 2014]; 8(15):26. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/488/1/vasquez_ss.p df.
- 4) Los recursos humanos.com [En línea]. Alemania: los recursos humanos.com 2012 [actualizado 22 oct 2013; Revisado 18 de junio 2014] Disponible en:

<http://www.losrecursoshumanos.com/contenidos/8617-encuesta-mundial-de-monster-sobre-satisfaccion-laboral.html>.

- 5) Universia.net [Internet]. México: universianet; 2011 [actualizado 14 Feb 2014; Revisado 18 de junio 2014] Disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/enportada/noticia/2011/10/20/880245/34mexicanosmotivacion-trabajo.html>.
- 6) Elemplo.com [Internet]. Colombia: elemplocom 2012 [actualizado 11 nov 2013; Revisado 18 de junio 2014] Disponible en: http://www.elemplo.com/colombia/noticias_laborales/colombia-es-un-pais-de-trabajadores-felices-/6587682.
- 7) López-Palenzuela A. La satisfacción de los usuarios: un determinante de la calidad asistencial. *Metas de Enfermería* 2005; 8(1):53-56.
- 8) Libro Blanco Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013).
- 9) Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
- 10) Triviño F, Torres M. Satisfacción de expectativas de familiares con el cuidado de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos de una clínica privada de Cali. 2007. Cuaderno de Investigaciones Fundación Universitaria del Área Andina 2 (2):76.

- 11) Celis M, Gutiérrez M, Iregui L. Percepción de la familia frente al rol de enfermería en la unidad de cuidado intensivo de la fundación cardiovascular. Tesis de especialidad. Colombia. Universidad autónoma de Bucaramanga; 2015.
- 12) Cieza Y. Motivación y satisfacción laboral del profesional de enfermería Hospital general I José H. Soto Cadenillas. Tesis de licenciatura. Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca; 2014.
- 13) Martínez K. Percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que brinda la enfermera ante una crisis situacional en los servicios de medicina. Tesis Pre grado. Lima. Universidad Mayor de San Marcos; 2014.
- 14) Bautista L, Arias M, Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Tesis especialidad enfermería del paciente crítico. Colombia. Universidad Francisco de Paula Santander Cucuta; 2014.
- 15) Erazo Y, Herrera F. Nivel de motivación y su relación con la satisfacción del ejercicio profesional de las enfermeras en la provincia de Carchi. Tesis Pre grado. Ecuador. Universidad Politecnica Estatal del Carchi; 2014.
- 16) Gonzales O. Percepción de comportamientos del cuidado humanizado en enfermería. Tesis Pos grado. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia; 2014.

- 17) Chávez W. Nivel de motivación y su relación con la satisfacción laboral en la empresa agromolinos. Tesis Pre grado. Huanchaco. Universidad Privada del Norte; 2016.
- 18) Peralta S. Percepción que tienen los pacientes y familiares sobre los valores que proyecta el personal de enfermería en los servicios de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis Pre grado. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
- 19) Huaman A, Sanchez J. Percepción de los pacientes acerca del cuidado brindado por el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de Es Salud. Tesis pre grado. Jaen. Universidad Nacional de Cajamarca; 2014.
- 20) Cieza Y. Motivación y satisfacción laboral del profesional de enfermería Hospital José Soto Cadenillas. Tesis pre grado. Chota. Universidad Nacional de Cajamarca; 2014.
- 21) Palacios H, Rafael D. Motivación del personal de enfermería y satisfacción del usuario en los servicios de hospitalización. Hospital departamental Huancavelica Zacarias Correa Valdivia; 2014.
- 22) Navarro J. Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido, unidad de cuidados intermedios neonatales. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión; Setiembre 2012.

- 23) Teoría de sistemas. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [En línea]. 2016 [Revisado 7 de mayo de 2016]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Teor%C3%ADa_de_sistemas&oldid=90719051.
- 24) Don de Savigny TA, editor. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. OMS [En línea]. 2009 [Revisado 7 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/alliance-hpsr/AllianceHPSR_flagship_report_Spanish.pdf.
- 25) Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 15 de septiembre de 2001; 323(7313): 625-628.
- 26) GestioPolis. Teoría general de sistemas de Ludwig von Bertalanffy [En línea]. [Revisado 8 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/teoria-general-de-sistemas-ludwig-von-bertalanffy/>.
- 27) Colegio de enfermeros de Perú. Código de ética y Deontología. Disponible en: http://www.cep.org.pe/cn/download/codigo_etica_deontologia.pdf.
- 28) Raile. M. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson Séptima edición. Elsevier Mosby. p. 91-104

- 29) Amorós E. Comportamiento organizacional: en busca del desarrollo de ventajas competitivas. Perú: Universidad Católica Santo Toribio Mogrovejo, Escuela de Economía; 2007.
- 30) López, J. Motivación Laboral y Gestión de Recursos Humanos en la Teoría de Frederick Herzberg. Gestión en el Tercer Milenio. Rev. De Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 15 (8): 26.
- 31) Hackman J. Oldham G. Rediseño del trabajo. Massachusetts, EE. UU: Addison-Wesley; 1980.
- 32) Espada M. Nuestro motor emocional: la motivación. Vol. 5. 3ra ed. Madrid: 2006; Disponible en: [http://www.spentamexico.org/v3n1/3\(1\)%20143-185.pdf](http://www.spentamexico.org/v3n1/3(1)%20143-185.pdf).
- 33) Eumed. Net [En línea]. México. eumedNet 2006 [actualizado 12 jun 2013; Revisado 22 de junio 2014] Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011c/992/motivacion.html>.
- 34) Gonzales M. Comportamiento Organizacional un Enfoque Latinoamericano. México; 2001.
- 35) Bitran R. Métodos alternativos de pago a proveedores: Incentivos para mejorar la prestación de los servicios de salud. [En línea]. 2007 [Revisado 14 junio 2014] Rev. Cartilla de políticas PHR; 8(15):26. Disponible en: www.healthsystems2020.org/files/1165_file_pps3s.pdf.

- 36) Montes J. Procesos de Innovación Educativa. Tesis doctoral. Universidad Autónoma De Barcelona. Facultad de ciencias de la educación; 2004. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2004/tdx0209105-170143fjics1de1.txt>.
- 37) Bitran R. Métodos alternativos de pago a proveedores: Incentivos para mejorar la prestación de los servicios de salud. [En línea]. 2007 [Revisado 14 junio 2014. Rev. Cartilla de políticas PHR]; 8(15):26. Disponible en: www.healthsystems2020.org/files/1165_file_pps3s.pdf.
- 38) Chiavenato A. Administración de Recursos Humanos. Vol. 6. 5 ed. Colombia: McGraw - Hill Interamericana. 2005. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011c/992/motivacion.html>.
- 39) Vásquez S. Nivel de motivación y su relación con la satisfacción laboral del profesional de enfermería en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis Pre grado. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
- 40) Psicología de la Percepción Humana. Ed. Limusa Wiley S.A., D. F. México 1994.
- 41) Ramírez A, Ramos P, Moreno M. Percepción del paciente de la atención. Instituto Mexicano del Seguro Social Tijuana, Baja California. México.
- 42) Hagei J. Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de la UNMSM en los Servicios Generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Universidad Nacional Mayo de

- San Marcos. Perú, 2008. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/496/1/hagei_rj.pdf
- 43) Sepúlveda G, Rojas L, Cárdenas O, Guevara E, Castro A. Estudio Piloto de la Validación del Cuestionario "CARE-Q" en versión al español en población colombiana. Marzo de 2009. Disponible en http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/estudio_piloto_validacion_cuestionario_care_q_version_espanol_poblacion_colombiana.pdf.
- 44) Buber M. Yo Y Tú. Madrid; Caparros; 1993. Pág. 73
- 45) Alba B. Satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos. Centro internacional de Posgrados. Universidad de Oviedo. [Revisado 31 mayo 2012]. Disponible en: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/3967/1/Trabajo%20fin%20de%20master_Beatriz%20Alba.pdf.
- 46) Departamento de Psicología de la salud, Sensación, percepción y atención, [Revisado 12 noviembre 201]. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4298/2/TEMA%202_SENSACION,PERCEPCION,ATENCI%C3%93N.pdf.
- 47) Rubio J. Percepción social. [Revisado 14 noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.euosuna.org/zonaalumnos/materiales/5290008/1487.pdf>

- 48) O' Brien. Comunicación y relaciones en Enfermería 2da edic. Editorial El Manual Moderno- México; 1998.
- 49) Organización mundial de la salud. Disponible en: <http://www.who.int/countries/col/es/>
- 50) Casas G. Antología de familia y terapia familiar sistémica. Universidad de Costa Rica Escuela de Trabajo. 1994. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000205.pdf>.
- 51) Prado E. Proyecto de investigación. Cuidados psicosociales en el paciente crítico de unidad de terapia intensiva. Hospital Antonio J. Scaravelli Tunuyán-Mendoza 2010 p. 22. Disponible en: <http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/pradoclaustroelsa.pdf>
- 52) MINSA. Calidad del Servicio de Salud desde la Perspectiva del Usuario. Lima-Perú; 2000.
- 53) OPS. Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe; 1999.
- 54) Donabedian, A. 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.
- 55) Hernández S. Metodología de la Investigación. 10ma ed. México: McGraw - Hill Interamericana; 2008.

ANEXOS

ANEXO N° 1

JERARQUÍA DE NECESIDADES



Figura N° 1: Pirámide de las necesidades de Maslow.

ANEXO N° 2

FIGURA N° 2

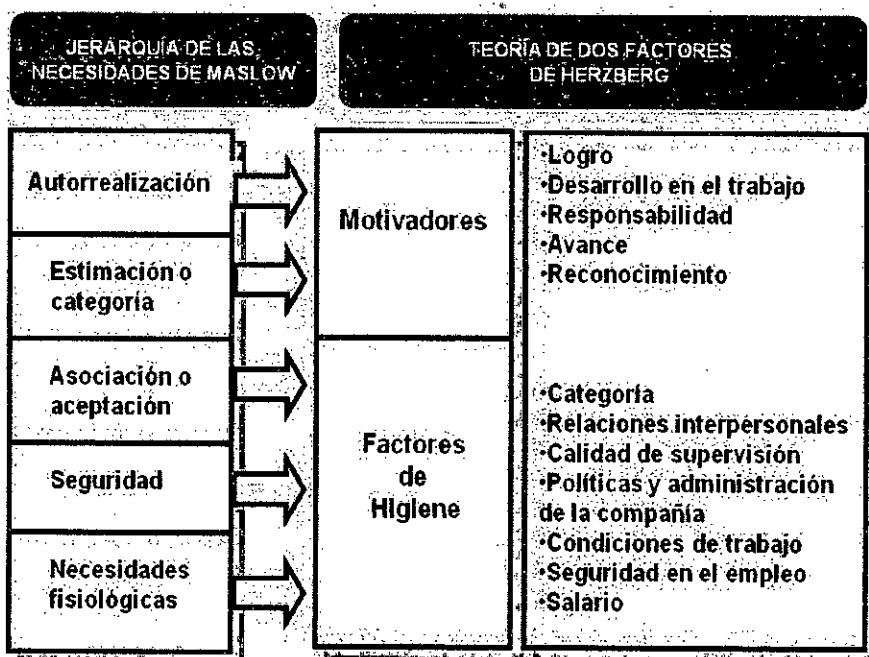
TEORÍA BIFACTORIAL DE HERZBERG

		FACTORES MOTIVADORES		FACTORES HIGIÉNICOS	
		FACTORES QUE CUANDO VAN BIEN PRODUCEN SATISFACCIÓN	FACTORES QUE CUANDO VAN MAL NO PRODUCEN INSATISFACCIÓN	FACTORES QUE CUANDO VAN BIEN NO PRODUCEN SATISFACCIÓN	FACTORES QUE CUANDO VAN MAL PRODUCEN INSATISFACCIÓN
SATISFACTORES	• Realización exitosa del trabajo.	• Falta de responsabilidad.	INSATISFACTORES	• Status elevado.	• Malas relaciones interpersonales.
	• Reconocimiento del éxito obtenido por parte de los directivos y compañeros.	• Trabajo rutinario y aburrido, etc.		• Incremento del salario.	• Bajo salario.
	• Promociones en la empresa, etc.			• Seguridad en el trabajo, etc.	• Malas condiciones de trabajo, etc.

ANEXO N° 3

FIGURA N° 3

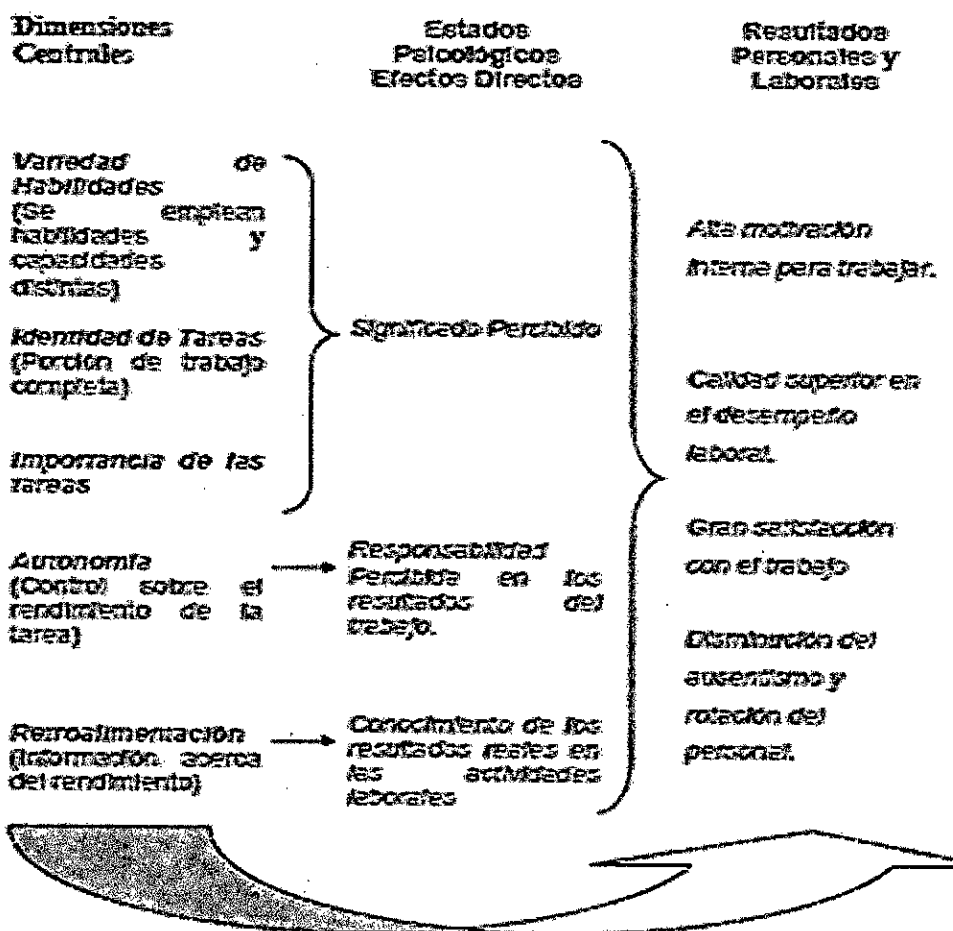
MASLOW Vs HERZBERG



ANEXO N° 4

FIGURA N° 4

Modelo de las Características de un Trabajo para la Motivación Laboral



Se fortalece la necesidad de crecimiento del individuo.

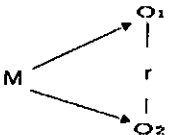
Fuente: Comportamiento Humano en el Trabajo, David Keith, 2002

ANEXO 5

Matriz de Consistencia

Título de la Investigación:

MOTIVACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL JULIO CESAR DEMARINI CARO. LA MERCED 2017

Problema de investigación	Objetivos de investigación	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema general: ¿Cuál es la relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017?	Objetivo general: Determinar la relación que existe entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017	Hipótesis general: Ho: No existe relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017. Ha: Existe relación entre la motivación del personal de salud y la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro. La Merced 2017	Variable 1: MOTIVACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • Variedad de la tarea • Identidad con la tarea • Importancia de la tarea • Autonomía para la realización de la tarea. • Retroalimentación sobre su desempeño 	Tipo de investigación: Enfoque cuantitativo Tipo aplicada No experimental Diseño de investigación: Correlacional 
Problemas específicos: ¿Cuál es el nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017?	Objetivos específicos: Identificar el nivel de motivación del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.		Variable 2: PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • Humana • Oportuna • Continua • Segura 	Población y muestra: N = 33 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos: Técnicas: Encuesta Instrumento: Cuestionario
¿Cuál es la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017?	Determinar la percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Julio Cesar Demarini Caro La Merced 2017.			

ANEXO N° 6

INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO
SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

CUESTIONARIO

Estimada (o) Médico(a), Licenciada (o) y/o técnica (o) enfermería

El presente instrumento es de carácter anónimo tiene como objetivo: Establecer la relación entre la motivación del personal de salud y percepción del familiar del paciente crítico sobre la atención que recibe en la UPSS de UCI del Hospital Julio Cesar Demarini Caro. A fin de elaborar un sistema de estrategias para mejorar su nivel de motivación y contribuir en la mejora de la calidad de atención al usuario externo. Además de planear y desarrollar un sistema de gestión de recurso humanos a fin de desarrollar y ejecutar un programa de incentivos.
Agradeciéndole atentamente por su colaboración.

DATOS GENERALES: Marcar con un aspa (X).

- 1.-Edad: 20 a 30 años () 31 a 40 años () 41 a 50 años () 51 a Más ()
- 2.-Sexo: Femenino () Masculino ()
- 3.-Estado Civil: Soltero (a) () Conviviente () Separado ()
Viudo () Casado ()
- 4.-Grupo ocupacional:
Médico () Licenciado (a) enfermería () Técnico (a) de enfermería ()
- 5.-Condición laboral:
Nombrado () Contratado () Suplencia ()
- 6.-Tiempo que labora en salud en UPSS UCI: De 0 a 2 años () De 2 años a 5 años () De 5 a 9 años () De 10 a más años ()

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presenta una serie de enunciados a los cuales Ud. deberá responder marcando con una (X) de acuerdo a lo que considere conveniente por favor no omita ninguna respuesta. Ej.:

ENUNCIADO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	POCAS VECES	NUNCA
Estoy dispuesto a obtener una buena nota	x				

CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN

ENUNCIADO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	POCAS VECES	NUNCA
1.- Yo tengo la completa responsabilidad de decidir cómo y dónde se debe hacer el trabajo.					
2.- Tengo la oportunidad de realizar un número diferente de tareas empleando una gran variedad de habilidades.					
3.- Completo una tarea de principio a fin. Los resultados de mi esfuerzo son claramente visibles e identificables.					
4.- Lo que realizo afecta el bienestar de los pacientes de muchas maneras importantes.					
5.- Mi jefe me provee de constante retroalimentación sobre lo que estoy realizando.					
6.- Realizo contribuciones insignificantes al servicio o resultado final.					
7.-Suelo emplear un número de habilidades complejas en este trabajo					
8.- Tengo muy poca libertad de decidir cómo se puede realizar el trabajo					
9.-El solo hecho de realizar mi trabajo me da la oportunidad de deducir cuan bien lo estoy realizando.					
10.- El trabajo es bastante simple y repetitivo.					
11.- Mis supervisores y compañeros esporádicamente me dan retroalimentación de cuan bien estoy realizando mi trabajo.					
12.-Lo que realizo es de mínimas consecuencias para los pacientes.					
13.-Mi trabajo implica realizar un número de tareas diferentes.					
14.- Los supervisores nos hacen saber cuan bien ellos piensan que lo estoy haciendo.					
15.- Mi trabajo es bien organizado de modo que no tengo la necesidad de realizar solo una parte del trabajo durante el turno.					
16.- Mi trabajo no me da la oportunidad de participar en la toma de decisiones.					
17.- La demanda de mi trabajo es altamente rutinaria y predecible.					
18.- Mi trabajo me provee pequeños indicios acerca de si estoy desarrollándolo en forma adecuada.					
19.-Mi trabajo no es muy importante para la sobrevivencia del hospital.					
20.- Mi trabajo me concede libertad considerable para desarrollar mi labor.					
21.- Mi trabajo me da la oportunidad para terminar totalmente cualquier función que empiece.					
22.-Los pacientes se ven afectados por el trabajo que realizo					

La validez del instrumento fue realizada en el Hospital Arzobispo Loayza en el 2006 por la licenciada en enfermería Sheila Melissa Vásquez Sosa.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO
SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

INSTRUMENTO – ESCALA DE LIKERT MODIFICADA

PRESENTACIÓN

Estimado familiar en esta oportunidad me dirijo a usted para hacerle llegar el presente documento, que tiene como objetivo recolectar información acerca de la opinión que tiene usted sobre la calidad de cuidado que le brinda el personal de salud en la unidad de cuidados intensivos, con el fin de obtener información sobre su percepción. Por lo que solicitamos su colaboración través de sus respuesta veraz y sinceras, toda información será anónima y confidencial. Agradeciendo de antemano su colaboración y participación.

I. INSTRUCCIONES

Lea bien y detenidamente cada una de los siguientes enunciados y marque con un aspa a la alternativa que Ud. Cree correcto (Nunca) (a veces) (siempre). Por cada enunciado tendrá solo una alternativa de respuesta.

- 3= Siempre
- 2 = A veces
- 1 = Nunca

II. DATOS GENERALES

Sexo: Femenino () Masculino ()
 Edad:
 Grado de instrucción:
 Parentesco:
 Días de hospitalización:
 Procedencia:

III. CONTENIDO

ENUNCIADO	Siempre	A veces	Nunca
1. El personal de salud utiliza un difícil lenguaje al dirigirse a Ud.			
2. El personal de salud le pide su consentimiento cuando se requiere			
3. El personal de salud le impide participar en los cuidados de su familiar			
4. El personal de salud respeta la intimidad de su familiar			
5. El personal de salud le brinda apoyo emocional cuando Ud. Se encuentra triste			
6. El personal de salud le da recomendaciones para cuidar a su familiar en el hogar			
7. El personal de salud le dedica el tiempo que le sobra para atenderlo a Ud.			
8. El personal de salud le brinda información cuando Ud. Tiene alguna duda o interrogante.			
9. Considera Ud. Que el personal de salud muestra desinterés por ayudarlo a Ud.			
10. Considera que el personal de salud se preocupa por tener un ambiente libre de peligros de accidentes			
11. El personal de salud le proporciona cuidado necesario y constante durante su estadía.			
12. Considera que el personal de salud se despreocupa de los			

medicamentos de su familiar.			
13. El personal de salud explica en forma clara a Ud. sobre el estado de salud de su familiar.			
14. El personal de salud le da información en forma acertada sobre los cuidados que debe tener con su familiar después del alta.			
15. Considera que el personal de salud muestra interés en atender a su familiar.			
16. Considera que el personal de salud se demora en aliviar las molestias de su familiar.			
17. El tono de voz del personal de salud durante su atención es fuerte.			
18. El personal de salud le abandona durante su estadía en el servicio.			

La validez del instrumento fue realizada en el INEN en el servicio de emergencia en el 2010 por Mercedes Milagros Quinto Vásquez.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

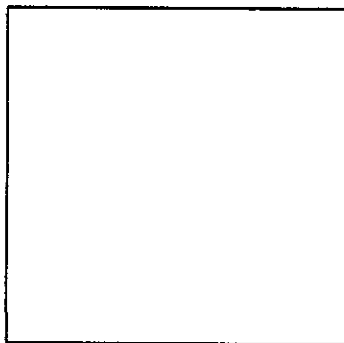
Yo,....., de.....años de edad,
domiciliado en....., procedencia
de.....

Declaro voluntariamente mi aceptación para colaborar en el trabajo de investigación titulado “ **LA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y LA PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS .HOSPITAL JULIO CESAR DE MARI CARO LA MERCED 2017**”.

Habiendo sido informado del objetivo de dicho trabajo de investigación: Establecer la relación entre la motivación del personal de salud y percepción del familiar del paciente sobre el cuidado en la unidad de cuidados intensivos. Hospital Julio Cesar Demarini Caro. La Merced-2017.

En señal de conformidad firmo el presente consentimiento informado.

LA MERCED,.....de.....del 2017



FIRMA DEL ENCUESTADO

NOMBRE:.....

DNI :.....

ANEXO N° 8

SOLICITUD APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

CARGO

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

La Merced 24 de Mayo del 2017

Oficio N° 01 - 2017 - Alumnos de la especialidad de enfermería Intensiva UNAC.

Dr. Michel Vitorio Laureano

Director del Hospital Regional Medicina Tropical "Dr. Julio César Domínguez Carró"

PRESENTE.

ASUNTO: Solicitud permiso para la realización de trabajo de investigación.

Por medio de la presente le hacemos llegar un cordial saludo a Ud. Y a los integrantes de la institución que Ud. dirige.

La presente tiene por finalidad solicitar su autorización para realizar el trabajo de investigación cuyo título es: "MOTIVACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRI LA ATENCIÓN EN LA UPSS DE UCI HOSPITAL JULIO CESAR DOMÍNGUEZ CARRÓ - LA MERGED. MAYO A AGOSTO DEL 2017"


Adjunto al presente matriz de consistencia del proyecto de tesis, nos comprometimos de hacerlo llegar en cualquier de la tesis.

Con la seguridad de contar con su autorización, lo agradecemos por anticipado sus atenciones de parte de los en su gestión.

ATENTAMENTE


Lic. Enl. Elizabeth Cárdenas Méndez


Lic. Enl. Pardo Solís Cessa


Lic. Enl. Alex Alvarado Garay

RECEIVED
24 MAY 2017
CONTROLADO Y REGISTRADO
FOLIO 01/07

ANEXO N° 9

PERMISO APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA:

A : Dr. Roberto Torres Tamayo
Jefe de la Unidad de Estudios Científicos

ASUNTO : Antecedente para Ejecución de Proyecto de Investigación

Lugar y fecha : Lima Perú, 22 de Mayo del 2017

Señores el presente se le solicita a usted que en su nombre realice el Proyecto de Investigación:

"EVALUACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE LA ATENCIÓN EN LA UCED DE UN INSTITUTO REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL DE UNO DE LOS DEPARTAMENTOS - LA LIMA, MAYO 2017"

Del área de personal de salud:
-ELIZABETH SANDOVAL REYES
-PABLO GARCÍA GARCÍA
-ALEX NAVARRETE MARAT

Para conocimiento y para el fin de ejecución en el presente se remite en la UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, Facultad de Ciencias de la Salud, Unidad de Estudios Científicos, se solicita a usted que en su nombre realice el Proyecto de Investigación a la Unidad de apoyo a la Docencia e Investigación. Por lo que deberá tener en cuenta los costos que sean razonables.

Atentamente,

Dr. Roberto Torres Tamayo
Jefe de la Unidad de Estudios Científicos
C.I. 00015751
C.R. 00015751



ANEXO N° 10

MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

A) CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN:

Para la medición de la variable Nivel de Motivación se utilizó la escala de Stanones y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías alto, moderado y bajo.

1. Se determinó el promedio

$$\text{Promedio} = 79.46$$

2. Se calculó la varianza

$$\text{Varianza} = 108.64$$

3. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$\text{DS} = 10.42$$

4. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 (\text{DS})$$

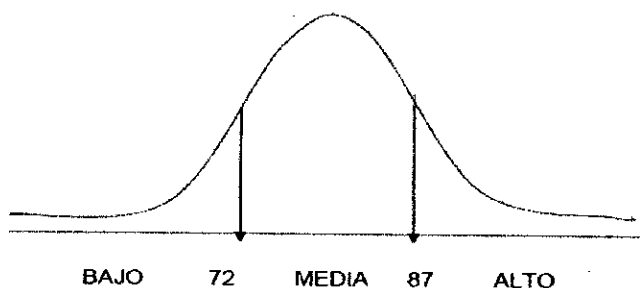
$$a = 79.46 - 0.75 (10.42)$$

$$a = 71.645$$

$$b = x + 0.75 (\text{DS})$$

$$b = 79.46 + 0.75 (10.42)$$

$$b = 87.275$$



INTERVALOS:

Alto: 88 – 110 puntos

Medio: 72 – 87 puntos

Bajo: 22 = 71 puntos

Se realizó el mismo procedimiento para las dimensiones de la motivación donde se obtuvieron los siguientes resultados:

1.-Variedad de la Tarea

Se determinó el promedio

$$\text{Promedio} = 18.75$$

1. Se calculó la varianza

$$\text{Varianza} = 8.74$$

2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$\text{DS} = 2.95$$

3. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 (\text{DS})$$

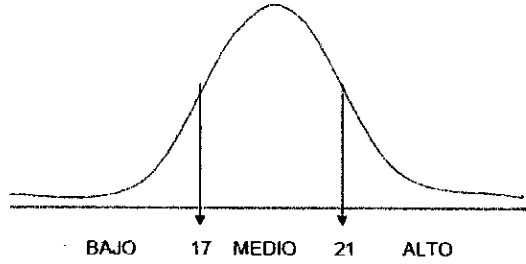
$$a = 18.75 - 0.75 (2.95)$$

$$a = 16.5$$

$$b = x + 0.75 (\text{DS})$$

$$b = 18.75 + 0.75 (2.95)$$

$$b = 20.96$$



INTERVALOS:

- Alto: 22 – 25 puntos
- Medio: 17 – 21 puntos
- Bajo: 5 – 16 puntos

2.-Identidad de tarea

1. Se determinó el promedio

Promedio = 15.63

2. Se calculó la varianza

Varianza = 8.55

3. Se calculó la desviación estándar (DS)

DS = 2.92

4. Se establecieron los valores de a y b

$a = x - 0.75 \text{ (DS)}$

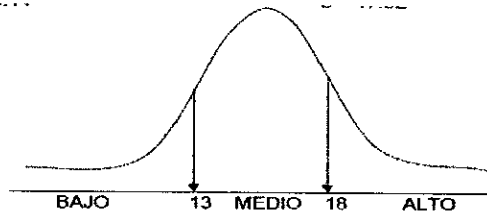
$b = x + 0.75 \text{ (DS)}$

$a = 15.63 - 0.75 \text{ (2.92)}$

$b = 15.63 + 0.75 \text{ (2.92)}$

$a = 13.44$

$b = 17.82$



INTERVALOS:

- Alto: 19 – 20 puntos
- Medio: 13 – 18 puntos
- Bajo: 4 – 12 puntos

3.-Importancia de la tarea o significado de la tarea

1. Se determinó el promedio

Promedio = 13.28

2. Se calculó la varianza

Varianza = 13.81

3. Se calculó la desviación estándar (DS)

DS = 3.71

4. Se establecieron los valores de a y b

$a = x - 0.75 \text{ (DS)}$

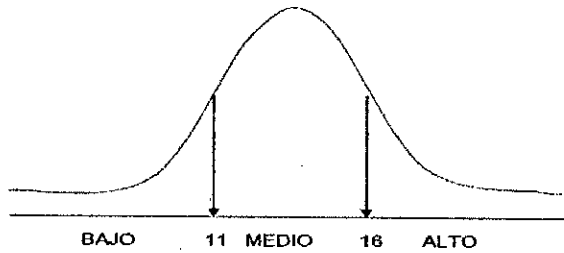
$b = x + 0.75 \text{ (DS)}$

$a = 13.28 - 0.75 \text{ (3.71)}$

$b = 13.28 + 0.75 \text{ (3.71)}$

$a = 10.49$

$b = 16.06$



INTERVALOS:

Alto: 17 – 20 puntos

Medio: 11 – 16 puntos

Bajo: 4 – 10 puntos

4.-Autonomía para la realización de la tarea

1. Se determinó el promedio

Promedio = 15.65

2. Se calculó la varianza

Varianza = 8.70

3. Se calculó la desviación estándar (DS)

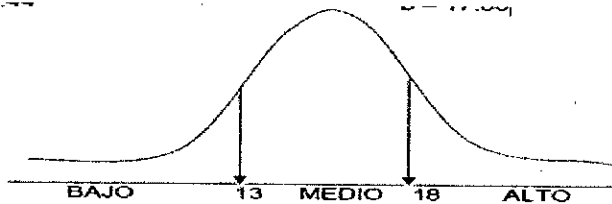
DS = 2.95

4. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 \text{ (DS)} \qquad b = x + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 15.65 - 0.75 \text{ (2.95)} \qquad b = 15.65 + 0.75 \text{ (2.95)}$$

$$a = 13.44 \qquad b = 17.86$$



INTERVALOS:

Alto: 19 – 20 puntos

Medio: 13 – 18 puntos

Bajo: 4 – 12 puntos

5.-Retroalimentación sobre el desempeño

1. Se determinó el promedio

Promedio = 16.13

2. Se calculó la varianza

Varianza = 10.62

3. Se calculó la desviación estándar (DS)

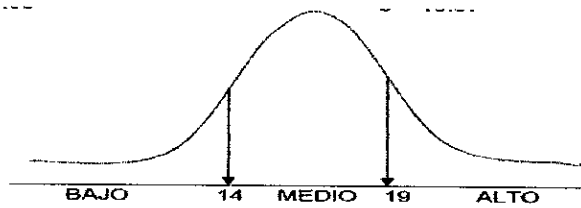
DS = 3.26

4. Se establecieron los valores de a y b

$$a = x - 0.75 \text{ (DS)} \qquad b = x + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 16.13 - 0.75 \text{ (3.26)} \qquad b = 16.13 + 0.75 \text{ (3.26)}$$

$$a = 13.68 \qquad b = 18.57$$



INTERVALOS:

- Alto: 20 – 25 puntos
- Medio: 14 – 19 puntos
- Bajo: 5 – 13 puntos

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se calculó la validez y confiabilidad del instrumento en la población (52 enfermeras asistenciales), usándose los siguientes coeficientes.

1) Coeficiente de correlación R de Pearson: Correlación ítem - test

$$r = \frac{n (\Sigma XY) - (\Sigma X) (\Sigma Y)}{\sqrt{[n \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2] [n \Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

Donde:

N: Tamaño del conjunto x e y

Σx : sumatoria de puntajes simples de la variable x.

Σy : Sumatoria de puntajes simples de la variable y.

Σy^2 : sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y

Σx^2 : sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x

rx y: coeficiente de regresión el conjunto x e y

Este coeficiente permitió conocer la confiabilidad y validez de cada ítem, como se muestra en el siguiente cuadro:

Nº de Ítem	R. de Pearson	Nº de Ítem	R. de Pearson
1	0.17	13	0.22
2	0.3	14	0.32
3	0.4	15	0.39
4	0.27	16	0.27
5	0.46	17	0.49
6	0.08*	18	0.58
7	0.52	19	0.16
8	0.21	20	0.57
9	0.61	21	0.61
10	0.25	22	0.61
11	0.34	23	0.21
12	0.44		

Para que exista validez y confiabilidad, $r > 0,20$. Por lo tanto se eliminó el ítem Nº 6 por no cumplir con el valor deseado en consiguiente este instrumento queda con 22 ítems para la medición del nivel de motivación siendo confiable y válido en cada uno de los ítems restantes.

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar a los resultados la prueba estadística de:

Coefficiente de confiabilidad ALFA de Crombach:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left(1 - \frac{S_i}{S_x} \right)$$

Donde

α : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach

m : Número de Ítems

s_{2d}: Varianza de la diferencia de los puntajes impares y pares

s_{2t} : varianza de la escala

Obteniéndose los siguientes resultados:

Coeficiente de Confiabilidad	VARIABLE MOTIVACIÓN
•Alfa de Crombach	0.72

La validez y la confiabilidad es un valor que oscila entre 0 y 1. Se dice que un instrumento tiene alta confiabilidad y validez cuando el resultado de su análisis da un mayor de 0.50.

Por lo tanto, si el valor resultante fue de 0.72, el instrumento del presente estudio es altamente confiable y válido.

B) PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO

Para clasificar los niveles de percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia en 3 categorías favorable, medianamente favorable y desfavorable se utilizó la campana de gauss, usándose una constante de 0.75.

- 1.- Se calculó el promedio (x) X=38
- 2.- Se calculó la desviación estándar (DS) DS=7
- 3.- Se establecieron los valores a y b respectivamente
a=x-0.75(DS) b=x+0.75(DS)
a=38-5 b=38+5
a=33 b=43

Percepción Favorable	54-43
Percepción Medianamente favorable	42-33
Percepción Desfavorable	32-18

1.-dimensión humana

- 1.- Se calculó el promedio (x) X=11
- 2.- Se calculó la desviación estándar (DS) DS=2
- 3.- Se establecieron los valores a y b respectivamente
a=x-0.75(DS) b=x+0.75(DS)
a=11-2 b=11+2

$a = 9$

$b = 13$

Percepción Favorable	15-13
Percepción Medianamente Favorable	12-9
Percepción Desfavorable	10-5

2.-Dimensión oportuna

- 1.- Se calculo el promedio (x) $X=9$
- 2.- Se calculo la desviación estándar (DS) $DS=2$
- 3.- Se establecieron los valores a y b respectivamente

$$a = x - 0.75(DS) \qquad b = x + 0.75(DS)$$

$$a = 9 - 2 \qquad b = 9 + 2$$

$$a = 7 \qquad b = 11$$

Percepción Favorable	12-11
Percepción Medianamente favorable	10-7
Percepción Desfavorable	6-4

3.-Dimensión continúa

- 1.- Se calculo el promedio (x) $X=11$
- 2.- Se calculo la desviación estándar (DS) $DS=2$
- 3.- Se establecieron los valores a y b respectivamente

$$a = x - 0.75(DS) \qquad b = x + 0.75(DS)$$

$$a = 11 - 2 \qquad b = 11 + 2$$

$$a = 9 \qquad b = 13$$

Percepción Favorable	15-13
Percepción Medianamente Favorable	12-9
Percepción Desfavorable	8-5

4.- Dimensión segura

- 1.- Se calculó el promedio (x) $X=9$
- 2.- Se calculó la desviación estándar (DS) $DS=3$
- 3.- Se establecieron los valores a y b respectivamente

$$a = x - 0.75(DS) \qquad b = x + 0.75(DS)$$

$$a = 9 - 0.75(3) \qquad b = 9 + 0.75(3)$$

$$a = 7 \qquad b = 11$$

Percepción Favorable	15-11
Percepción Medianamente favorable	10-7
Percepción Desfavorable	6-4

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

1) Coeficiente de correlación R de Pearson: Correlación ítem - test

$$r = \frac{n (\sum XY) - (\sum X) (\sum Y)}{\sqrt{\left[n \sum X^2 - (\sum X)^2 \right] \left[n \sum Y^2 - (\sum Y)^2 \right]}}$$

Donde:

N: Tamaño del conjunto x e y

$\sum x$: sumatoria de puntajes simples de la variable x.

$\sum y$: Sumatoria de puntajes simples de la variable y.

$\sum y^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y

$\sum x^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x

rx: coeficiente de regresión el conjunto x e y

Este coeficiente permitió conocer la confiabilidad y validez de cada ítem, como se muestra en el siguiente cuadro:

Nº de Ítem	R. de Pearson	Nº de Ítem	R. de Pearson
1	0.8	10	0.7
2	0.5	11	0.7
3	0.6	12	0.3
4	0.6	13	0.7
5	0.4	14	0.6
6	0.6	15	0.6
7	0.6	16	0.2
8	0.5	17	0.6
9	0.6	18	0.5

Para que exista validez y confiabilidad, $r > 0,20$. Por lo tanto el instrumento de percepción del familiar es confiable y válido en cada uno de los ítems restantes.

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar a los resultados la prueba estadística de:

Coefficiente de confiabilidad ALFA de Crombach:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left(1 - \frac{S_i}{S_x} \right)$$

Donde

α : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach

m : Número de Ítems

s_{2d}: Varianza de la diferencia de los puntajes impares y pares

s_{2t} : varianza de la escala

Obteniéndose los siguientes resultados:

Coefficiente de Confiabilidad	VARIABLE PERCEPCIÓN
•Alfa de Crombach	0.85

La validez y la confiabilidad es un valor que oscila entre 0 y 1. Se dice que un instrumento tiene alta confiabilidad y validez cuando el resultado de su análisis da un mayor de 0.50.

Por lo tanto, si el valor resultante fue de 0.85, el instrumento del presente estudio es altamente confiable y válido.

-TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Para la medición de las variables motivación se asignó el siguiente valor:

ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR	
	POSITIVO	NEGATIVO
Totalmente de acuerdo	5	1
De acuerdo	4	2
Ni de acuerdo, ni desacuerdo	3	3
Desacuerdo	2	4
Total e desacuerdo	1	5

CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN:

Nº DE ÍTEM	DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN				
1	Autonomía	5	4	3	2	1
2	Variedad	5	4	3	2	1
3	Identidad	5	4	3	2	1
4	Significado	1	2	3	4	5
5	Retroalimentación	5	4	3	2	1

6	Identidad	1	2	3	4	5
7	Variedad	5	4	3	2	1
8	Autonomía	1	2	3	4	5
9	Retroalimentación	5	4	3	2	1
10	Variedad	1	2	3	4	5
11	Retroalimentación	5	4	3	2	1
12	Significado	1	2	3	4	5
13	Variedad	5	4	3	2	1
14	Retroalimentación	5	4	3	2	1
15	Identidad	5	4	3	2	1
16	Autonomía	1	2	3	4	5
17	Variedad	1	2	3	4	5
18	Retroalimentación	5	4	3	2	1
19	Significado	1	2	3	4	5
20	Autonomía	5	4	3	2	1
21	Identidad	5	4	3	2	1
22	Significado	1	2	3	4	5

Para la medición de las variables percepción del familiar se asignó el siguiente valor:

ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR	
	POSITIVO	NEGATIVO
Siempre	3	1
A veces	2	2
Nunca	1	3

CUESTIONARIO PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA:

Nº DE ÍTEM	DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN		
		1	2	3
1	Continuo	1	2	3
2	Seguro	3	2	1
3	Seguro	1	2	3
4	Continuo	3	2	1
5	Continuo	3	2	1
6	Humano	3	2	1
7	Oportuno	1	2	3
8	Humano	3	2	1
9	Humano	3	2	1
10	Continuo	3	2	1
11	Oportuno	3	2	1
12	Oportuno	1	2	3
13	Seguro	3	2	1

14	Humano	3	2	1
15	Oportuno	3	2	1
16	Oportuno	1	2	3
17	Humano	1	2	3
18	Seguro	1	2	3

ANEXO N° 11

BASE DE DATOS DE PERCEPCIÓN

N	SEXO	EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN	PARENTESCO	DIAS DE HOSPITALIZACIÓN	PROCEDENCIA	ITEM 6	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 14	ITEM 17	ITEM 7	ITEM 11	ITEM 12	ITEM 15	ITEM 16	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 13	ITEM 18	ITEM 1	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 10
1	1	22	2	7	20	1	3	3	2	3	1	3	3	2	3	1	3	2	3	1	1	3	3	3
2	2	22	3	8	6	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2
3	2	22	3	11	5	4	3	3	1	2	2	3	3	1	3	1	3	3	3	1	3	3	3	2
4	1	28	3	1	6	1	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	1	3	2	2	3
5	1	43	3	7	6	1	3	3	2	3	1	1	3	1	3	1	3	3	3	1	1	3	3	3
6	1	20	3	3	6	1	3	2	1	3	2	2	3	1	2	2	2	2	1	3	1	1	3	3
7	2	56	2	3	10	1	3	3	1	2	2	1	3	1	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3
8	2	28	3	3	10	1	3	2	2	3	1	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2	3	2	2
9	1	20	2	6	4	1	1	1	2	2	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1
10	1	16	2	6	4	1	1	1	2	2	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1
11	2	27	3	6	3	1	3	3	2	3	2	3	2	1	3	1	3	3	3	2	1	3	3	3
12	2	21	2	8	5	1	3	3	1	3	1	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2
13	1	28	3	6	6	1	3	3	1	2	2	2	3	1	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2
14	1	21	3	9	5	1	3	3	2	3	1	2	3	1	3	3	3	2	3	1	1	3	3	3
15	1	30	2	8	7	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3
16	1	31	3	9	7	2	3	2	2	3	2	2	3	1	2	2	3	2	2	1	2	3	2	3
17	1	17	2	5	7	1	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3
18	1	37	3	2	7	3	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	1	3
19	1	25	3	8	6	1	3	3	1	3	1	2	2	1	3	2	3	2	3	1	2	3	3	2
20	2	29	2	2	7	1	3	3	1	3	1	3	3	1	3	1	2	2	3	1	2	3	3	2
21	1	17	2	6	6	1	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	1	3	3	3
22	2	70	3	4	6	1	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2
23	1	40	1	1	6	1	3	3	2	3	2	2	3	1	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3
24	2	16	2	8	6	1	3	3	2	3	1	2	2	1	3	1	3	3	3	1	2	3	3	3
25	1	35	2	7	10	1	3	3	1	3	1	2	3	1	3	1	3	3	3	1	1	3	3	3
26	1	28	2	3	7	1	3	3	1	2	2	3	3	1	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3
27	1	22	3	8	14	1	3	3	1	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	1	3	3	3
28	1	63	2	10	6	5	3	3	1	2	2	2	3	1	3	2	3	2	3	2	1	3	2	2
29	2	22	2	6	5	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2
30	2	21	2	1	10	1	2	1	2	3	3	2	2	1	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2
31	2	23	3	7	20	1	3	3	1	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	1	3	3	3
32	1	22	3	7	6	1	3	3	1	3	1	3	3	1	3	1	3	3	3	1	2	2	3	1
33	2	30	3	7	6	2	2	3	1	2	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3

ANEXO N° 12

TABLAS DE CÓDIGOS DE BASE DE PERCEPCIÓN

EDAD	
1	14 a 24 años
2	25 a 35 años
3	36 a 46 años
4	47 a 57 años
5	58 a mas
SEXO	
1	FEMENINO
2	MASCULINO
GRADO DE INSTRUCCIÓN	
1	PRIMARIA
2	SECUNDARIA
3	SUPERIOR
PARENTESCO	
1	PADRE -- MADRE
2	ESPOSO (a)
3	HIJO (a)
4	ABUELO (a)
5	NIETO (a)
6	HERMANO (a)
7	TÍO (a)
8	PRIMO (a)
9	SOBRINO (a)
10	SUEGRO (a)
11	AMIGO (a)
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	
1	DE 1 A 5 DÍAS
2	DE 6 A 10 DÍAS
3	DE 11 A 15 DÍAS
4	DE 16 A 20 DÍAS
PROCEDENCIA	
1	LA MERCED
2	SAN RAMÓN
3	SAN LUIS DE SHUARO
4	PICHANAKI

5	HUÁNUCO
ÍTEMS 1 AL 18	
1	NUNCA
2	A VECES
3	SIEMPRE

ANEXO N° 13

BASE DE DATOS DE MOTIVACIÓN

N	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRUPO OCUPACIONAL	CONDICIÓN LABORAL	TIEMPO DE EXPERIENCIA	ÍTEMS 2	ÍTEMS 7	ÍTEMS 10	ÍTEMS 13	ÍTEMS 17	ÍTEMS 3	ÍTEMS 6	ÍTEMS 15	ÍTEMS 21	ÍTEMS 4	ÍTEMS 12	ÍTEMS 19	ÍTEMS 22	ÍTEMS 1	ÍTEMS 8	ÍTEMS 16	ÍTEMS 20	ÍTEMS 5	ÍTEMS 9	ÍTEMS 11	ÍTEMS 14	ÍTEMS 18	
1	3	2	3	1	1	1	5	3	1	5	1	4	4	4	4	1	1	1	4	5	1	1	4	3	5	4	4	4	
2	3	2	3	1	1	1	5	5	1	5	1	5	1	5	5	5	1	1	5	5	1	1	5	2	5	4	4	5	
3	2	2	2	2	2	1	4	4	2	5	1	5	1	4	4	1	2	1	1	4	2	1	4	3	4	3	3	3	
4	1	1	1	2	1	1	4	5	3	5	4	5	3	4	4	5	2	2	4	4	4	3	4	5	4	4	4	4	
5	2	1	3	2	2	1	2	3	3	3	4	2	3	1	3	5	1	1	5	2	3	1	3	1	4	1	1	3	
6	1	1	1	2	1	2	5	5	1	5	1	5	1	5	5	1	1	1	1	5	2	1	5	2	5	3	3	5	
7	1	1	1	2	1	1	5	5	2	5	2	5	1	2	5	1	1	1	1	5	1	1	5	1	5	3	5	2	
8	4	2	2	2	2	1	4	4	2	5	2	5	4	5	5	5	1	1	1	5	1	1	5	5	5	5	5	5	
9	3	1	3	3	2	4	4	3	1	5	1	5	4	5	4	4	3	4	1	5	3	2	5	3	5	2	4	4	
10	1	1	1	3	1	1	4	2	2	4	3	4	3	3	3	3	3	2	1	4	2	2	4	3	4	3	2	3	
11	1	1	1	3	1	1	5	5	3	4	4	5	1	5	3	1	2	1	1	4	3	1	4	1	4	4	5	4	
12	1	1	2	3	1	1	5	5	2	4	2	5	1	4	4	1	2	1	1	3	3	3	4	3	4	4	3	4	
13	2	2	3	1	1	1	4	4	2	4	2	3	1	4	5	1	2	1	1	4	1	1	5	2	4	1	1	1	
14	4	2	4	1	1	3	5	5	1	5	1	5	1	5	3	5	2	1	1	5	1	1	5	2	5	1	5	5	
15	1	1	1	2	1	1	4	4	3	5	5	4	2	4	2	1	5	1	1	4	3	3	3	2	4	3	2	3	
16	1	1	1	2	1	1	4	4	4	5	2	5	4	4	5	1	1	1	1	4	4	1	5	2	5	1	1	5	
17	1	1	1	3	2	1	4	3	4	4	4	4	2	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	
18	1	1	1	1	1	1	5	5	3	5	1	4	2	4	4	5	1	1	5	5	4	4	4	3	3	3	3	5	
19	1	1	1	2	1	1	4	4	4	4	3	5	3	5	4	2	5	2	1	5	4	4	3	4	5	4	5	3	
20	1	2	1	2	1	1	4	4	2	4	2	5	1	4	4	3	4	1	1	4	2	2	4	2	4	3	3	4	
21	1	2	2	2	2	1	4	4	1	5	1	4	1	5	5	1	4	4	1	4	3	1	5	5	4	4	5	4	
22	1	2	1	2	1	1	5	4	1	4	4	5	1	5	4	2	1	1	1	5	1	1	4	4	4	4	5	4	
23	3	1	1	2	2	1	4	3	3	5	2	5	2	4	4	2	2	1	1	4	2	2	4	4	4	5	3	2	4
24	2	1	1	2	1	1	5	4	2	4	3	5	2	3	4	5	1	1	4	5	2	2	3	1	5	1	1	4	
25	3	1	1	2	2	4	5	4	2	5	2	5	1	5	5	5	5	1	1	5	1	1	5	5	5	3	5	5	
26	1	2	1	2	1	1	4	2	3	4	4	4	2	4	4	1	5	3	1	4	1	2	4	2	4	3	3	3	
27	1	1	1	2	1	1	4	5	2	5	2	4	1	4	4	5	2	2	1	5	2	2	4	3	5	2	4	4	
28	1	1	1	2	1	1	5	4	2	4	2	5	1	4	4	4	1	2	2	1	5	2	2	4	5	4	5	4	
29	1	1	1	2	1	1	4	3	3	4	1	5	1	4	5	5	1	1	1	4	1	1	5	3	4	3	3	4	
30	4	1	3	2	2	4	5	4	5	5	5	5	1	5	5	5	2	4	1	5	2	4	5	2	5	4	4	5	
31	2	2	2	2	2	3	4	4	4	5	2	4	1	4	4	3	5	1	1	4	1	4	5	3	5	4	4	2	
32	3	1	3	2	2	3	5	5	3	2	3	5	4	4	3	4	2	1	1	5	2	2	4	4	5	5	4	2	
33	4	1	4	2	2	1	4	4	3	4	5	4	1	5	4	1	4	1	4	5	2	1	4	4	4	4	3	4	4

ANEXO N° 14

TABLAS DE CÓDIGOS DE BASE DE MOTIVACIÓN

EDAD	
1	20 a 30 años
2	30 a 40 años
3	40 a 50 años
4	51 a mas
SEXO	
1	FEMENINO
2	MASCULINO
ESTADO CIVIL	
1	SOLTERO
2	CONVIVIENTE
3	CASADO
4	DIVORCIADO
GRUPO OCUPACIONAL	
1	MEDICO
2	LICENCIADO EN ENFERMERÍA
3	TÉCNICO EN ENFERMERÍA
CONDICIÓN LABORAL	
1	CONTRATADO
2	NOMBRADO
TIEMPO DE EXPERIENCIA	
1	De 0 a 2 años
2	De 2 a 5 años
3	De 5 a 9 años
4	De 10 años a mas
ÍTEMS 1 AL 22	
1	NUNCA
2	POCAS VECES
3	A VECES
4	CASI SIEMPRE
5	SIEMPRE

ANEXO N° 15

CARACTERÍSTICAS DE LOS FAMILIARES

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
14 a 24 años	14	42.42
25 a 35 años	13	39.39
36 a 46 años	3	9.09
47 a 57 años	1	3.03
58 a más	2	6.06
Sexo		
Femenino	20	60.61
Masculino	13	39.39
Grado de instrucción		
Primario	1	3.03
Secundario	15	45.45
Superiores	17	51.52
Parentesco		
Padre – madre	3	9.09
Esposo (a)	2	6.06
Hijo (a)	4	12.12
Abuelo (a)	1	3.03
Nieto (a)	1	3.03
Hermano (a)	6	18.18
Tío (a)	6	18.18
Primo (a)	6	18.18
Sobrino (a)	2	6.06
Suegro (a)	1	3.03
Amigo (a)	1	3.03
Días de hospitalización		
De 1 a 5 días	7	21.21
De 6 a 10 días	23	60.70
De 11 a 15 días	1	3.03
De 16 a 20 días	2	6.06
Procedencia		
La Merced	26	78.79
San Ramón	4	12.12
San Luis Shuaro	1	3.03
Pichanaki	1	3.03
Huánuco	1	3.03
Total	33	100

Fuente: Cuestionario aplicado al familiar del paciente de UCI-HJCDC 2017.

ANEXO N° 16

CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL DE SALUD

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
20 a 30 años	18	54.55
30 a 40 años	5	15.15
40 a 50 años	6	18.18
51 a más	4	12.12
Sexo		
Femenino	22	66.67
Masculino	11	33.33
Estado civil		
Soltero	19	57.58
Conviviente	5	15.15
Casado	7	21.21
Divorciado	2	6.06
Grupo ocupacional		
Médico	5	15.15
Licenciado en enfermería	23	69.70
Técnico en enfermería	5	15.15
Condición laboral		
Contratado	21	63.64
Nombrado	11	33.33
Tiempo de experiencia		
De 0 a 2 años	26	78.79
De 2 a 5 años	1	3.03
De 5 a 9 años	3	9.09
De 10 años a más	3	9.09
Total	33	100

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de salud de UCI-HJCDC 2017.