

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

TESIS

Percepción del paciente en la fase transoperatoria sobre el cuidado invisible de los profesionales de Enfermería del Centro Quirúrgico en una clínica privada de Lima, 2016

Tesis presentada para optar el título de

Licenciada en Enfermería

Autora

Poliana Salvanha Santos

Asesora

Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Lima, Agosto de 2016

Dedicatoria

A mis papas, quienes me siguen acompañando en cada paso hacia mi superación, y por el soporte emocional y espiritual.

A mi amado esposo por su apoyo, amor y cuidado en todos los aspectos de mi vida.

A mis pacientes que son la razón de mi cuidado y amor.

Agradecimientos

A Dios, quien me concedió fuerzas y paciencia para realizar este trabajo.

A mi asesora, Dra. Keila Ester Miranda Limachi, por asesorarme con amor y paciencia, asimismo, por la confianza y el apoyo incondicional brindados en la orientación metodológica y ejecución del proyecto.

A la Clínica Good Hope, por haber permitido la ejecución del proyecto dentro de sus instalaciones.

A la Universidad Peruana Unión, por haber contribuido en mi desarrollo profesional.

A todos los pacientes, quienes de manera voluntaria, participaron y contribuyeron en la recolección de la información, permitiendo así el desarrollo del proyecto en la institución.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Tabla de contenido	iv
Listado de figuras	vi
Listado de tablas	vii
Listado de anexos	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Capítulo I: El problema	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	7
Capítulo II: Marco teórico	8
2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.2. Marco bíblico filosófico	13
2.3. Marco teórico	14
2.3.1. Percepción	14
2.3.2. Percepción del paciente quirúrgico	15
2.3.3. Cuidado	19

2.3.4	Cuidados en enfermería	19
2.4.	Definición conceptual de términos	34
Capítulo III: Materiales y métodos		36
3.1.	Diseño y tipo de investigación	36
3.2.	Variables de la investigación	36
3.3.	Delimitación geográfica y temporal	40
3.4.	Población y muestra	41
3.5.	Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	44
3.5.1	Instrumentos	44
3.5.2	Confiabilidad y validez del instrumento	46
3.6.	Tabulación y análisis de datos	47
Capítulo IV: Resultados y discusión		48
4.1.	Resultados	48
4.2.	Discusión	53
Capítulo V: Conclusiones, limitaciones y recomendaciones		60
5.1.	Conclusiones	60
5.2.	Recomendaciones	61
Referencias		63
Anexos		67

Listado de figuras

Figura 1:	Percepción del paciente según la dimensión trato respetuoso	49
Figura 2:	Percepción del paciente según la dimensión tranquilidad	49
Figura 3:	Percepción del paciente según la dimensión relación	50
Figura 4:	Percepción del paciente según la dimensión empatía	51
Figura 5:	Percepción del paciente según la dimensión Seguridad-Privacidad	52

Listado de tablas

Tabla 1: Características generales de los pacientes	43
Tabla 2: Percepción del paciente sobre el cuidado de los profesionales de Enfermería	52
Tabla 3: Dimensión trato respetuoso	75
Tabla 4: Dimensión tranquilidad	75
Tabla 5: Dimensión relación	75
Tabla 6: Dimensión empatía	76
Tabla 7: Dimensión seguridad - privacidad	76

Listado de anexos

Anexo A.	Formulario de consentimiento informado	67
Anexo B.	Instrumento de recolección de datos	68
Anexo C.	Carta de autorización del comité de Ética de la clínica Good Hope	71
Anexo D.	Validación del instrumento	72
Anexo E.	Resultados descriptivos	75

Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar la percepción del paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico en una clínica privada de Lima. Estudio de diseño cuantitativo y tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Se estudió a 90 pacientes que fueron atendidos por profesionales de enfermería en un centro quirúrgico. En el análisis estadístico se utilizó frecuencias absolutas y relativas, promedio, desviación estándar y rangos. Se encontró una edad media de 33,3 años, predominó el sexo femenino (83,3%) y primera cirugía (47,2%). La mayoría presentó un trato respetuoso favorable (81,1%), percibieron alta tranquilidad (81,1%), alta relación interpersonal (97,8%), alta empatía (78,9%), y el 95,6% presentó una alta seguridad y privacidad. En conclusión, la mayoría de pacientes percibió un cuidado invisible favorable en la fase transoperatoria, por parte de las profesionales de enfermería del centro quirúrgico en la Clínica Good Hope 2016.

Palabra clave: Cuidado invisible, centro quirúrgico, percepción del paciente.

Abstract

The aim of the study was to determine the patient's perception in the intraoperative phase about the invisible care of nursing professionals of Surgery Center in a private clinic in Lima. Design study was quantitative and type research was observational, descriptive, prospective and transversal. The study included 90 patients who were treated by nurses in a surgical center. Absolute and relative frequencies, mean, standard deviation and ranges were used in the statistical analysis. It was found a mean age of 33.3 years, 83.3% were female and 47.2% said to be its first surgery. The 81.1% of patients had a favorable respectful treatment, 81.1% perceived a high tranquility, 97.8% perceived high interpersonal relationship, 78.9% perceived high empathy and 95.6% he presented a high security and privacy. In conclusion, most patients perceived a favorable invisible care in the intraoperative phase, by the nurses of the Surgical Center in 2016 Good Hope Clinic.

Keyword: Invisible care; surgical center, the patient's perception.

Capítulo I

El problema

1.1. Planteamiento del problema

La enfermería es una ciencia y un arte humanístico que promueve y mantiene la salud a través de acciones de cuidado, auxiliando a las personas a superar los efectos de la enfermedad como fenómeno social, existencial y cultural. Desde su origen, la enfermería ha sido una profesión que, con el tiempo, ha venido construyendo un campo disciplinario fundado en el cuidado esencialmente humano y, como tal, ha buscado en base a sus conocimientos científicos y técnicos la construcción del saber y quehacer, propios del desempeño profesional desde la formación académica, poniendo en el centro al ser humano como razón de su profesión y como instrumento de trabajo el cuidado (Gutiérrez y Hernández, 2006).

Comprobadamente los enfermeros destacarán por cuidar bien a sus pacientes de manera ordenada, disciplinada e involucrando conocimientos científicos. El cuidado y todos los conceptos inherentes a él (salud, confort, ayuda) dirigen su práctica clínica antes que estas formaran parte del cuerpo de las teorías de enfermería.

Mucho de los cuidados de enfermería son cuidados que se pueden ver y medir, como por ejemplo el control de signos vitales, dar medicación, cambiar la posición de un paciente postrado, entre otros. Entretanto hay una clase de cuidados que muchas veces no se pueden registrar, estos son conocidos como los cuidados invisibles que según Huercanos (2010) son entendidos como: acciones intencionadas de los profesionales, que en un principio, no serían registrables (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, entre otros) como las acciones que serían susceptibles de registrar, por ser consideradas más profesionales que las anteriores, pero que, sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con las que los mismos profesionales las hacen invisibles (como la relación terapéutica), entre otros.

Los cuidados de enfermería, visibles o invisibles, pueden ser percibidos por los diversos tipos de pacientes que están expuestos a distintos momentos en el ámbito hospitalario. Uno de estos momentos es el momento quirúrgico.

Según Camio (citado por Barbosa y Randomille, 2006) afirma que el acto quirúrgico consiste, para el paciente, “en uno de los momentos más críticos del proceso terapéutico, eso se debe al miedo a lo desconocido, la complejidad del procedimiento o cirugía y al riesgo inherente del procedimiento quirúrgico”.

Todo acto quirúrgico, independientemente del grado de complejidad, puede ser acompañado de ansiedad, dudas y miedo. Eso, muchas veces por la falta de información sobre lo que sucederá en cada una de las etapas de la cirugía, así como por las demás situaciones intrahospitalarias. En realidad, se puede dividir el procedimiento quirúrgico en tres etapas: el preoperatorio, que corresponde desde el momento que el paciente recibe la orden para la cirugía hasta su entrada al quirófano; el transoperatorio, donde el paciente es sometido a la cirugía, esta se inicia desde que el paciente entra a sala de operaciones hasta su salida a recuperación posanestésica y el posoperatorio que se inicia

después de terminar la cirugía y se extiende hasta la recuperación del paciente, dándole su alta hospitalaria (Chistóforo, Zagonel y Carvalho, 2006).

El cuidado de enfermería es esencial en cada etapa descrita anteriormente. Este, adaptado al paciente quirúrgico, corresponde a un período de detección de las necesidades físicas y psicológicas del paciente que será sometido a un procedimiento quirúrgico, buscando así facilitar su enfrentamiento. Eso requiere del enfermero habilidades y conocimientos respecto las posibles alteraciones y reacciones emocionales que el paciente puede presentar frente a dicho momento. Según Travelbee (citado por Chistóforo et al., 2006) la enfermería es entendida como “un proceso interpersonal que sucede entre dos seres humanos, en lo cual uno de ellos necesita de ayuda y el otro ofrecerá la ayuda”. El enfermero deberá estar preparado no solamente para prestar una atención técnica o teórica, sino también una atención humanizada.

En un estudio cualitativo realizado en Brasil por Ascari et al. (2013), con el objetivo de evaluar las percepciones del paciente quirúrgico en el preoperatorio, sobre el cuidado de enfermería, reveló que las percepciones de los pacientes en cuanto al cuidado fue más técnico que emocional, supieron identificar cuidados como toma de signos vitales, colocación de sondaje vesical, encaminamiento al baño, pero poco fue identificado en el soporte emocional antes del procedimiento principal, además, los principales sentimientos del paciente antes de la cirugía fueron inseguridad, miedo y nervosismo.

Otro estudio realizado por Tineo (2008) en Lima, el cual tuvo como objetivo determinar la opinión que tiene el paciente quirúrgico ambulatorio sobre la atención humanizada que brinda el profesional de enfermería en la sala de operaciones demostró que de los 45 pacientes entrevistados, el 64% tuvo una opinión medianamente favorable, 27% favorable y el 9% desfavorable sobre el cuidado humanizado de enfermería.

Aunque existen algunos datos favorables del cuidado invisible del personal de enfermería, esta información no es suficiente para llevarla a la práctica, por lo cual se debe considerar el cuidado humanizado de manera integral, como parte de la calidad de su labor profesional.

Muchas veces la praxis y la realidad difieren de lo propuesto como lo “ideal” para el paciente. Al ingresar al centro quirúrgico, aunque las acciones del profesional de enfermería siempre están direccionadas a la cirugía del paciente y al bienestar del mismo, las actitudes demuestran que se está mucho más preparado para atender al propio entorno que envuelve a la cirugía, que al propio paciente quien es la razón del cuidado en enfermería.

Además, en la experiencia personal en sala de operaciones, se ha observado que los enfermeros más se preocupan por todo el aspecto técnico de la cirugía como el transporte de cama a camilla, colocación de placa y otros, que del miedo e inseguridad que presenta el paciente ante el propio procedimiento quirúrgico, aunque fuera algo pequeño. Base a esta problemática, se sustenta el interés por el tema.

Muchos son los estudios que hablan de la percepción del cuidado del paciente quirúrgico en el preoperatorio, pero poco se ha encontrado durante el transoperatorio y el sentir del paciente durante el transcurso de las cirugías en las cuales se encuentra despierto.

En este contexto, la situación antes descrita llevó a plantear las siguientes inquietudes:

Al ingresar al centro quirúrgico y al momento de la propia cirugía, cuando los pacientes están conscientes, ¿cómo percibe el paciente el cuidado de la enfermera que lo recibe dentro de sala?, ¿se siente único y respetado? Perciben a las enfermeras como seres amables y empáticas? Siente que su privacidad y seguridad son preservadas o se

siente que el entorno es más importante que su propia presencia en la sala? Es bajo estas circunstancias que se delimita el problema de la investigación.

1.2. Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la percepción del paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico en una clínica privada de Lima ?

Problemas específicos

- ¿Cuál es la percepción percibida por el paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico, en su dimensión Trato Respetuoso, en una clínica privada de Lima?
- ¿Cuál es la percepción percibida por el paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico, en su dimensión Tranquilidad, en una clínica privada de Lima?
- ¿Cuál es la percepción percibida por el paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico, en su dimensión Relación, en una clínica privada de Lima?
- ¿Cuál es la percepción percibida por el paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico, en su dimensión Empatía, en una clínica privada de Lima?
- ¿Cuál es la percepción percibida por el paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico, en su dimensión Seguridad-Privacidad, en una clínica privada de Lima?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la percepción del paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico en una clínica privada de Lima.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la percepción percibida por el paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico, en su dimensión trato respetuoso, en una clínica privada de Lima.
- Determinar la percepción percibida por el paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico, en su dimensión tranquilidad, en una clínica privada de Lima.
- Determinar la percepción percibida por el paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico, en su dimensión relación, en una clínica privada de Lima.
- Determinar la percepción percibida por el paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico, en su dimensión Empatía, en una clínica privada de Lima.
- Determinar la percepción percibida por el paciente, en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del centro quirúrgico, en su dimensión seguridad-privacidad, en una clínica privada de Lima.

1.4. Justificación de la investigación

Por su relevancia teórica, se permitirá identificar, sistematizar la información obtenida sobre el cuidado invisible, asimismo, aportará conocimiento actualizado para futuras investigaciones.

Por su relevancia práctica, este estudio servirá como aporte científico para la institución, considerando que la percepción del cuidado invisible es indicador importante de la calidad de atención humanizada prestada por el enfermero y, por lo tanto, base fundamental para replantear aspectos en la mayor satisfacción del paciente y mejorar las deficiencias. Los resultados obtenidos brindarán conocimientos y dará una visión que permitirá identificar los aspectos positivos, negativos y las falencias que están ocurriendo en el quehacer diario de la profesión, en cuanto al cuidado humanizado e invisible.

Por su relevancia metodológica, el instrumento podrá ser utilizado en nuevos estudios, debido a que fue validado.

Por su relevancia social, beneficiará a los pacientes intervenidos en la clínica, pues a raíz de este estudio se mejorará la calidad de la atención brindada al mismo.

Además, servirá de base para futuros estudios y para que la clínica, donde se realizará el estudio, mida el nivel de satisfacción que tienen los pacientes por la atención brindada.

Capítulo II

Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

Para la realización de la presente investigación, se procedió a la revisión de artículos científicos relacionados a la percepción del cuidado invisible de los profesionales de enfermería.

Gonzales (2013) realizó un estudio denominado “Percepción del paciente sometido a cirugía oftalmológica acerca del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de Cirugía de día en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima-Perú 2013”; con el objetivo de determinar la percepción que tiene el paciente sometido a cirugía oftalmológica acerca del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de Cirugía de día. El estudio fue cuantitativo, método descriptivo donde se colectarán los datos por medio de entrevista con los pacientes. Se pudo constatar que, de los 80 pacientes entrevistados, el 53% tiene una percepción medianamente favorable, el 33%, favorable y 14%, desfavorable. En este estudio se concluyó que la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica tiene una percepción medianamente favorable con respecto al cuidado brindado en su cirugía, referido a que la enfermera lo saluda y lo

llama por su nombre, lo que le comunica confidencialmente no lo divulga, le presta atención cuando le habla, lo trata con respeto en un ambiente limpio y ordenado, usa un tono de voz suave, cuando llama a la enfermera acude a su llamado, le orienta para que participe en sus cuidados, lo cuida en todo momento desde su ingreso hasta el alta, maneja los equipos con habilidad, cuida de su intimidad durante la preparación para la cirugía, además, la enfermera le dedica tiempo a sus familiares sobre la intervención.

Ascari et al. (2012) desarrolló un estudio realizado en Brasil titulado “Percepciones del paciente quirúrgico durante el período preoperatorio sobre el cuidado de enfermería”, con el objetivo de evaluar las percepciones del paciente quirúrgico en el preoperatorio sobre el cuidado de enfermería. Fue un estudio de tipo cualitativo donde realizaron entrevistas semi-estructuradas con 6 pacientes. Sus resultados y conclusiones fueron que los principales sentimientos percibidos antes de la cirugía fueron seguridad, inseguridad, miedo y nerviosismo. Sus percepciones, en cuanto al cuidado, fueron más técnico que emocional, supieron identificar cuidados como toma de signos vitales, colocación de sondaje vesical, encaminamiento al baño, pero poco fue identificado sobre el soporte emocional antes del procedimiento quirúrgico.

Salazar (2012) ha realizado, en Colombia, un estudio titulado: “Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria”, en el cual se propuso describir las estrategias de acción de enfermeros hacia el paciente y identificar la percepción del paciente en cuanto a este cuidado brindado en el perioperatorio. Fue un estudio cualitativo donde se entrevistaron a 20 pacientes y a 27 integrantes del equipo de enfermería, además de la observación participativa y no participativa durante 7 meses. Sus resultados y conclusiones fueron que los pacientes entrevistados pudieron identificar que en el perioperatorio se han sentido bien cuidados y apoyados emocionalmente por

las enfermeras. Además, han sentido que sí estaban allí todo el tiempo y les brindaban cuidado humanizado.

Perrando et al. (2010) realizó un estudio en Brasil titulado “La preparación preoperatoria en la óptica del paciente quirúrgico”, con el objetivo de identificar los procedimientos y las orientaciones recibidas por los pacientes sometidos a cirugía electiva, es la preparación pre-operatoria en una unidad quirúrgica. Se trató de una investigación con abordaje cualitativo de carácter exploratorio con 10 pacientes, donde se realizaron entrevistas semiestructuradas. Sus resultados y conclusiones enseñan que los pacientes sí se acordaban más de los procedimientos técnicos antes de su cirugía, poco se acordaban de quien era quien en el equipo quirúrgico, además se evidenció que para los pacientes la preparación preoperatoria contribuye para el afrontamiento del proceso quirúrgico, pues las orientaciones que reciben les ayudan a reducir su nivel de estrés, como miedos e inquietudes sobre el acto quirúrgico.

Huercanos (2010), en España, realizó un estudio denominado “El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera”, con el objetivo de identificar los principales cuidados invisibles brindados al paciente por las enfermeras. Fue un estudio de tipo cualitativo donde participaron 4 enfermeras y 2 auxiliares, las cuales fueron observadas, entrevistadas, además de revisados los registros de enfermería y documentos de la unidad, a entrevistas profundas y notas de campo. Se ha concluido que los principales cuidados invisibles, que desarrollan los profesionales de enfermería, se dirigen al uso de estrategias comunicativas, verbales y no verbales, al cuidado emocional de pacientes y familiares, a la elaboración de instrumentos terapéuticos y a las estrategias creativas para atender las necesidades de cuidado que se presentan, así como los cuidados en relación al confort, la intimidad y el alivio del dolor. El hecho de que permanezcan invisibles tienen que ver con diversos motivos, entre otros el rol que el sistema espera de las

enfermeras, la falta de exhaustividad en los registros enfermeros que omiten gran cantidad de cuidados profesionales, haciéndolos invisibles; así como, diversos elementos macrosociales que refuerzan esa invisibilidad.

González y Quintero (2009) realizaron, en Bogotá, un estudio titulado “Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obstetricia de una institución de II Y III nivel de atención”. El cual tuvo como objetivo describir la percepción del cuidado de humanizado de enfermería en pacientes que ingresan en el servicio de urgencias de gineco-obstetricia en el mes de noviembre del 2008”. Desarrollaron un estudio descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo donde 30 pacientes fueron entrevistados con un formulario de 50 preguntas. Sus resultados y conclusiones fueron que 73% de las mujeres hospitalizadas en el servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de la Clínica Salud Coop de Veraguas percibió siempre el cuidado humanizado del personal de enfermería, el 11% casi siempre percibió el cuidado humanizado y el 12% algunas veces percibió el cuidado humanizado y el 4% nunca percibió el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería.

Villajuan (2010), en Lima, realizó una investigación sobre el “Nivel de satisfacción del paciente acerca del cuidado enfermero que recibe en el servicio de Cirugía de día del HNGAI”. El cual tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción del paciente acerca del cuidado enfermero que recibe en el servicio de Cirugía de día del HNGAI e identificar el nivel de satisfacción oportuna, continua y segura en las dimensiones humanas. Su estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, donde 150 pacientes fueron entrevistados con un cuestionario. Sus resultados y conclusiones fueron que de los 150 pacientes, el 60,7% presentó un alto nivel de satisfacción con el trato brindado, informando que sintieron que fueron

cuidados por las enfermeras en todo momento hasta recibir el alta, y apenas 10% ha referido que las enfermeras no se han presentado por su nombre y no les explicaron lo que iban a realizar.

Carrasco (2008) realizó un estudio en Lima titulado “Opinión que tiene el paciente quirúrgico ambulatorio sobre la atención humanizada que brinda el profesional de enfermería en la sala de operaciones del Hospital Alberto Sabogal Sologuren- EsSalud”; el cual tuvo como objetivo determinar la opinión que tiene el paciente quirúrgico ambulatorio sobre la atención humanizada que brinda el profesional de enfermería en la sala de operaciones del mismo hospital. Se ha realizado un estudio de tipo prospectivo, de corte transversal, donde entrevistaron a 45 pacientes utilizando un formulario escala de Likert modificado. Así llegaron a la conclusión que de los 45 pacientes entrevistados el 64% tiene una opinión medianamente favorable, 27% favorable, y el 9% desfavorable. Los ítems de las categorías medianamente favorable y favorable está reflejado cuando el paciente quirúrgico ambulatorio manifiesta que la enfermera se sitúa en el lugar del paciente, genera un ambiente familiar y de confianza, se muestra amable y cortés, escucha atentamente mirando a la cara del paciente, respeta los sentimientos y creencias, llama al paciente por su nombre, se preocupa por cuidar la privacidad, respeta la decisión y voluntad del paciente, brinda ánimo y aliento estrechándole la mano, explica de manera sencilla el proceso de la cirugía, se muestra atenta ante los requerimientos del paciente, explica al paciente sobre las indicaciones médicas, cuidados en casa y controles posteriores; y lo desfavorable está dado cuando la enfermera no se sitúa en el lugar del paciente, se muestra descortés, genera un ambiente tenso y frío, descuida proteger el pudor del paciente, atiende con discriminación, olvida orientar acerca de la cirugía al que será sometido el paciente, descuida informar sobre las indicaciones médicas, cuidados en casa y controles a los que debe acudir.

De las investigaciones presentes, es necesario el desarrollo de estudios relacionados al cuidado humanizado e invisible de enfermería dentro de sala de operaciones.

2.2 Marco bíblico filosófico

La filosofía de la Iglesia Adventista Del Séptimo Día es Cristocéntrica, Cristo es nuestro ejemplo eterno, y cuando estuvo en esta tierra fue la personificación del amor y bondad hacia los necesitados. Nuestra misión es continuar el ministerio sanador de Cristo, cuidando de la salud física mental y espiritual. Con simpatía y compasión tenemos que desempeñar nuestro ministerio en bien de los que necesitan ayuda y procurar, con todo desprendimiento, aliviar las miserias de la humanidad doliente. Millones y millones de seres humanos, sumidos en el dolor, la ignorancia y el pecado, no han oído hablar siquiera del amor de Cristo. Si nuestra situación fuera la de ellos, ¿qué quisiéramos que ellos hicieran por nosotros? Todo esto, en cuanto dependa de nosotros, hemos de hacerlo por ellos. La regla de la vida cristiana conforme a la cual seremos juzgados un día es esta: “Todas las cosas que quisierais que los hombres hiciesen con vosotros, así también haced vosotros con ellos.” Mateo 7:12 (White, Ministerio de curación, 1905).

Todo lo que nos ha dado ventaja sobre los demás, ya sea educación y refinamiento, nobleza de carácter, educación cristiana o experiencia religiosa, todo esto nos hace deudores para con los menos favorecidos; y en cuanto esté de nosotros, hemos de servirlos. Si somos fuertes, hemos de sostener a los débiles. Hemos de dar de comer al hambriento, vestir al desnudo, consolar a los que sufren y a los afligidos. Hemos de auxiliar a los de ánimo decaído, y dar esperanza a los desesperados (White, Ministerio de curación, 1905).

Al preocuparse con el paciente en sala de operaciones, se estará haciendo lo que Cristo haría si estuviera hoy en nuestros días: los cuidaría, pero no solamente del aspecto físico, se preocuparía cómo se siente emocional y espiritualmente, por eso como enfermeros es necesario preguntarse: ¿se está tratando al paciente como Jesús lo haría si estuviera hoy aquí? ¿Se le está brindando un trato respetuoso, amoroso y lleno de bondad? ¿Se le transmite tranquilidad y paz? ¿Se toma un tiempo para hablar con él y saber cómo se siente, si tiene alguna duda? ¿Se demuestra la capacidad de ponerme en su lugar? Se lo cuida para que su privacidad y seguridad sean preservadas?

Necesitamos acordarnos constantemente que en el cumplimiento de los deberes en nuestro trabajo cotidiano, como enfermeras, estamos directamente sirviendo a Jesús. “Y todo lo que hagáis, hacedlo de corazón, como para el Señor y no para los hombres”.

Solamente así seguiremos sus huellas y hemos de cumplir la misión que nos ha dejado como enfermeras misioneras.

2.3 Marco teórico

2.3.1 Percepción

Según Merleau-Ponty (1985), en su libro Fenomenología de la percepción, la percepción es entendida como la manera en que el cerebro de un organismo interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad física de su entorno. En virtud de la capacidad perceptiva, las personas procesan constantemente información sobre hechos, escenas y objetos, estructura, propiedades y regularidades, que resulta decisiva en la cognición y la acción.

No obstante la diversidad de la información lograda, a través de diferentes sentidos, se alcanza una comprensión organizada y coherente del mundo. La percepción, como

proceso cognitivo, no se reduce, sin embargo, al pasivo registro de un agregado o suma de sensaciones mecánicamente asociadas entre sí.

La percepción resulta, pues, de los datos sensoriales suministrados por los sentidos, así como de la interpretación realizada por el sujeto participante, a la luz de las propias experiencias o lo que ya sabe sobre el mundo y la vida, pues “la percepción es un proceso que usa el conocimiento previo para recopilar e interpretar los estímulos que nuestros sentidos registran” (Rivas, 2008).

Entre la entrada sensorial (input) y la salida o resultado de la percepción (output), se produce una serie de procesos sucesivos, (procesamiento) por los que los datos sensoriales de entrada, registrados por los órganos receptores, son transformados, elaborados e interpretados, extrayendo información de los objetos, hechos y escenas del entorno. En dicho procesamiento es decisiva la función activa del sujeto con sus experiencias o conocimientos previos, incluidas sus expectativas sobre cómo se presentan, suceden y se relacionan los hechos en el mundo (Rivas, 2008).

2.3.2 Percepción del paciente quirúrgico

La percepción es un acto complejo que depende tanto de quien recibe como de quien proporciona la información. Se puede definir como la interpretación de sensaciones, dándoles significado y organización. Cada persona actúa como un mundo diferente, posee una sensibilidad interna y externa, percibe el mundo y observa las cosas de manera distinta, acumula una serie de conocimientos que se van adquiriendo a lo largo de la vida mediante la recolección de experiencias y valores.

La percepción, como dimensión de la calidad, es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión,

protección, bienestar, ocio e información. Es una dimensión determinada por el contexto sociocultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado (Armella, Galván y Rodríguez, 2013).

Según Hermann Von Helmholtz, médico, físico y científico alemán (citado por Zepeda, 2008) el proceso de la percepción, se propone que es de carácter inferencial y constructivo, el cual genera una representación interna de lo que sucede en el exterior al modo de hipótesis. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente.

La percepción de los comportamientos, de cuidado de la enfermera, comprende la apreciación dada por el paciente sobre las acciones realizadas por el personal de enfermería, que dan lugar al respeto, consideración, comprensión e interés por la salud y recuperación del usuario, creando así una relación interpersonal con la que el usuario se siente cómodo y satisfecho al ser atendido en todos los contextos de su ser.

En este sentido, la percepción del cuidado de enfermería es definida como el proceso mental mediante el cual el paciente, como el personal de enfermería, obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado. Es importante tener en cuenta que la percepción de la experiencia del cuidado recibe influencia de múltiples factores (Alvis et al., 2007). En relación a este punto Ramírez (2011) establece seis categorías para la percepción del cuidado de enfermería, estas son:

Accesibilidad: hace referencia a los comportamientos de cuidado administrados de manera oportuna; se garantiza al usuario la satisfacción de las necesidades en el momento en que lo requiera, y se prevean complicaciones.

Explicar y facilitar: alude a la educación que se le brinda al usuario sobre los aspectos fundamentales que para él son desconocidos o presenta dificultad para

comprender los procesos relacionados con la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, en los cuales se involucra a la familia, haciéndola partícipe de estos.

Confortar: se refiere a los cuidados que ofrece enfermería, con el fin de que el paciente hospitalizado en el servicio se sienta cómodo, infundiéndole ánimo y vigor al paciente, a su familia y a sus allegados, en un entorno que favorezca el bienestar.

Anticiparse: establece la necesidad de que los enfermeros planeen con anticipación los cuidados que brindarán a los usuarios, con el fin de satisfacer las necesidades y prevenir las complicaciones.

Mantener relación de confianza: son los cuidados proporcionados por el personal de enfermería que permiten al paciente confiar en que ellos se orientan hacia la recuperación, manteniendo una constante interrelación con él. La relación de confianza es elemento importante del cuidado.

Monitorear y hacer seguimiento: se relaciona con los cuidados de enfermería que implican un dominio de los conocimientos científicos, técnicos, humanos y del paciente a quien se brindan los cuidados.

Factores que influyen en la percepción

Se sabe que la percepción de un mismo acontecimiento puede ser diferente entre las personas, puesto que varía según la experiencia propia e individual, la cual influye en la valoración realizada por el usuario sobre lo ocurrido. (Bautista, 2015) Asimismo, el investigador Parra et al. (2012), en su estudio realizado en 3600 usuarios, encontró algunos factores que pueden influir en la percepción de estos sobre la atención de salud brindada, entre los que podemos mencionar están el trato del personal, el profesionalismo del personal de enfermería, la información recibida, la percepción de

tratamiento-diagnóstico sin fallos; así como también aspectos tangibles como la infraestructura (limpieza y confort).

Otro aspecto importante es la interacción profesional entre el cuidador y la persona cuidada, lo cual permite al paciente expresar sus sentimientos, dar a conocer respuestas positivas y negativas frente a las situaciones vividas y sus expectativas frente al cuidado de enfermería para la satisfacción de sus necesidades, y al enfermero/a le permite desarrollar el propósito de la enfermería. La interacción debe ajustarse al estado de orientación y percepción de la realidad que presenten los pacientes en los servicios de salud, ya que pueden exhibir estados de alerta, confusión, desorientación e inconciencia ocasionados por su estado de salud o por los medicamentos. Otro factor que influye en la interacción enfermero/a-paciente son los mecanismos de defensa a los que recurrimos los seres humanos, con el fin de enfrentar la ansiedad y las situaciones difíciles de la vida; la presencia de la enfermedad, las limitaciones y molestias que la acompañan, al igual que el conocimiento del diagnóstico y algunos detalles sobre determinados tratamientos (Beltrán, 2006).

La edad de los pacientes también plantea la necesidad de adoptar diferentes enfoques y estrategias en las interacciones por parte de los enfermeros/as; ya que según la edad en la que se encuentre el paciente; poseen diferentes características que pueden alterar la percepción del cuidado del enfermero/a. Las personas entre 20 y 40 años dan primacía a su intimidad, por lo que pueden ofrecer como respuesta frecuentes actitudes de retirada y aislamiento. Las personas de 40 a 60 años tienen un pensamiento realista y dirigen su atención a la resolución de los problemas; pueden ser menos flexibles en sus actitudes pero tienen tendencia a aceptar cambios (Beltrán, 2006).

2.3.3 Cuidado

Se puede decir que el cuidado es una sensación que denota una relación de interés, cuando la existencia del otro te importa; una relación de dedicación, llevándolo a sus extremos, sufrir por el otro (García, 2011).

Cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca. Es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales (García, 2011).

Sin embargo, el cuidado como concepto está en proceso de ser inventado o construido y se transforma con el paso del tiempo. El cuidado profesional es asumir una respuesta deliberada que envuelve un poder espiritual de afectividad. Este puede estar vinculado al uso de la tecnología y al grado de necesidad del cuidado del paciente. El cuidado profesional es desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud (García, 2011).

2.3.4 Cuidados en enfermería

Para que se entienda lo que es el “Cuidado invisible de enfermería es necesario entender primeramente qué es “Cuidado de enfermería” y cuáles son sus componentes.

El concepto dado por diferentes teóricos de enfermería lo definen como “parte fundamental de la práctica de enfermería; la interacción y adaptación entre el profesional de enfermería y el ser humano, individuo o paciente cuando se ejerce la acción de

cuidar; a la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando este se da en el continuo salud – enfermedad, al cuidado que da enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin (González, 2009).

La palabra cuidado procede del latín “cogitatus”, que quiere decir pensamiento. El cuidado incluye, por tanto: la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacerlo solo, con respecto a sus necesidades básicas, la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar (Rincón, 2005).

Planner (citado por Medina, 1999) define el cuidado como “un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro, por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos”.

Morse (citado por Herrera, 2000) lo conceptualiza de diferentes maneras: como rasgo humano, como imperativo moral, como afecto, como una interacción personal y como intervención terapéutica.

Es el cuidado la base fundamental del quehacer del profesional de enfermería, por tanto, su planeación debe ser individualizada y orientada a buscar la satisfacción de las necesidades de quien demanda sus servicios. Es aquí donde se establece una relación enfermera-paciente de respeto hacia sus creencias y costumbres. Cuidar es también una forma de amor, de expresión, de sentimientos volcados en un hacer. El cuidado ayuda al otro al quehacer, a realizarse y a afrontar dificultades y crisis propias de la vida. Cuidar es un arte y una ciencia.

Hackspiel (citado por Mora, 2002) enuncia que el cuidado de enfermería es el cuidado de la vida humana. Cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada enfermo, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, interés y motivaciones y, además, de sus conocimientos, requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo; la enfermería es un arte que merece ser respaldado con el conocimiento propio.

Componentes del cuidado

Mayeroff (1971) describe ocho componentes del cuidado que toda persona que pretende brindar cuidado debe de conocerlos y aplicarlos, para que el paciente se sienta realmente satisfecho del cuidado recibido, así como ella misma. Los principales componentes del cuidado, según este autor, son:

Conocimiento: Para cuidar de alguien, debo conocer muchas cosas. Necesito conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; preciso saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones.

Ritmos alternados: No puedo cuidar apenas por hábito; debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo cuantos comprenden mis acciones, si ayudé o no, y a la luz de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento de modo que puedo ayudar mejor al otro.

Paciencia: Es un componente importante del cuidado, yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y a su propia manera, la paciencia incluye la tolerancia, esta expresa mi respeto por el crecimiento del otro.

Sinceridad: En el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero. Al cuidar del otro, debo verlo como es él y no como me gustaría que fuese, o como siento que debe ser, si voy a ayudar a otro a crecer debo corresponder a sus necesidades de cambio. Pero

además de ver al otro cómo es, debo de verme a mí como soy, yo soy sincero al cuidar no por conveniencia sino porque la sinceridad es parte integrante del cuidado.

Confianza: El cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona confío en que él va a errar y aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad, esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.

Humildad: El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro, sobre sí mismo y sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado, la humildad también está presente al tomar conciencia de que mi cuidado específico no es de forma alguna, privilegiado. Lo que es significativo, en última instancia, no es si mi cuidado es más importante que su cuidado, pero sí que el hombre es capaz de cuidar y que tenga algo de qué cuidar. La preocupación en saber cuál es el cuidado más valioso me desvía del cuidado.

Esperanza: Existe la esperanza de que el otro crezca de mi cuidado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desesperación.

Coraje: Confiar en el crecimiento del otro y en mi propia capacidad de cuidar me da coraje para lanzarme a lo desconocido, pero también es verdad que sin el coraje de lanzarme a lo desconocido, tal confianza sería imposible. Está claro que mientras mayor sea el coraje para lanzarse a lo desconocido, mayor será el coraje exigido para cuidar. Los enfermeros, para impartir cuidado humano, debe poseer actitudes, aptitudes, cualidades y habilidades personales que le permitan aplicar todos los componentes del

cuidado humano descritos por Mayeroff, durante su vida personal y profesional, en sus diferentes roles. Además de los componentes del cuidado humano señalados por Mayeroff, es necesario que el profesional de la salud brinde un cuidado solidario al usuario, ya que en “el cuidado solidario hay una disposición de ayuda mutua entre el profesional y el paciente, que eleva sus niveles de conciencia, posibilita el fortalecimiento de las relaciones de sociabilidad y contribuye para el restablecimiento de la salud. Es fácil, entonces, comprender que cualquier persona no puede cuidar de otro si no toma en cuenta sus componentes y, además, si no reúne algunas condiciones tales como:

- Concientización y conocimiento sobre las necesidades del cuidado.
- Intención de actuar y acciones basadas en conocimientos.
- Desear un cambio positivo en el bienestar del otro.

En tal sentido “el cuidado humano es un acto, una dimensión ontológica, existencial que se mueve en un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y involucramiento afectivo por otro ser humano.

Cuidado invisible de enfermería

Desde su origen, la enfermería ha venido lentamente profesionalizándose y ampliando cada vez más el componente científico de la disciplina. Esto ha traído cambios muy positivos para los profesionales de enfermería y ha permitido un mayor reconocimiento dentro de las ciencias de la salud. Sin embargo, en este proceso se han mantenido relegadas algunas áreas de la práctica diaria que revisten vital importancia para la calidad de vida de pacientes, usuarios y familiares, como por ejemplo, los cuidados invisibles

Entiéndase como cuidados invisibles a aquellas "acciones intencionadas de los profesionales que, en un principio, no serían "registrables" (dar una infusión, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, entre otras) como las acciones que serían susceptibles de registrar, por ser consideradas más profesionales que las anteriores pero que, sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (como la relación terapéutica, entre otras)".

El cuidado invisible se refiere al cuidado silencioso, espontáneo, voluntario, no explícito, evidente o visible, no percibido por el otro. Para que este cuidado ocurra no es necesario un vínculo de amistad o que se conozca a la otra persona, basta tener la capacidad de empatía y sentimiento de empatía y solidaridad humana que son condiciones básicas para el cuidado humano múltiple.

Acciones y actitudes del cuidado cuando son rutinarias, no son percibidas, entretanto la ausencia es vista como no cuidado. Así, el cuidado antes invisible se torna visible como no cuidado cuando no es recibido.

En su estudio titulado: "El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera" Huercanos (2010) investiga el cuidado invisible de enfermería, y porque muchas veces este cuidado no es reconocido y valorado. La autora trabajó a través de la observación participativa con separación de escenas donde el cuidado es presenciado, entrevista y chequeo de historias clínicas a los cuales los cuidados fueran prestados. En su método ha observado la labor de 4 enfermeras y 2 auxiliares, y se ha entrevistado a 2 enfermeras aparte. Ha clasificado su observación en:

- Intervenciones comunicativas realizadas desde el conocimiento profesional al ámbito emocional del usuario y/o familia: Donde se ha colectado observaciones relacionadas con la comunicación terapéutica desarrollada por los profesionales de enfermería para el cuidado de área psicoemocional de los pacientes y familiares.

- Comunicación verbal con el paciente: en esta subcategoría se colectó las observaciones con elementos de comunicación verbal que emplearon los profesionales de enfermería como el uso de la empatía, confort, explorar emociones o informar para reducir sentimientos negativos.
- Comunicación no verbal con el paciente: Esta subcategoría se aglutinó observaciones relativas a la comunicación no verbal que los profesionales de enfermería emplearon como la escucha activa, el tacto y la disponibilidad actitudinal.
- Intervenciones realizadas desde el conocimiento profesional al cuidado del confort, la intimidad, el dolor: Se colectaran observaciones relacionadas con los cuidados realizados por los profesionales de enfermería dirigidos a proporcionar confort, aliviar el dolor y respetar la intimidad física de los pacientes.
- Intervenciones creativas del profesional dirigidas al cuidado: En esta categoría se obtuvieron las observaciones relativas a la creación de instrumentos terapéuticos por parte de las enfermeras para el cuidado.
- Intervenciones con el equipo para el cuidado del paciente y la familia: fueron obtenidas las observaciones relacionadas con el trabajo en equipo que realizan los profesionales de enfermería para proporcionar cuidados.
- La enfermera en la gestión de los servicios: Esta subcategoría recogió las observaciones relacionadas con acciones de coordinación que realizan las enfermeras para asegurar el cuidado de los pacientes.
- Comunicación en el equipo: Fueron obtenidas las observaciones y notas de campo relacionadas con las relaciones que la enfermera establece con el resto de miembros del equipo multidisciplinar.

Con esta estructuración de la recolección de datos se ha podido llegar a las siguientes conclusiones:

Los cuidados invisibles más destacados fueron:

- “El desarrollo de la inventiva para la elaboración de estrategias que contribuyan a cuidar cuando los métodos habituales no surten efecto, el cuidado dirigido a proporcionar bienestar al paciente como es la búsqueda del alivio del sufrimiento a través del cuidado del dolor y el confort” (Huercanos, 2010).

- “Se han revelado cuidados al área emocional para los que enfermeras y auxiliares pongan en práctica habilidades comunicativas, tanto verbales como no verbales” (Huercanos, 2010).

Además, han concluido que muchos son los motivos para que estos cuidados sean invisibles como el género femenino y la sociedad que reconoce más la labor masculina, la hegemonía del discurso médico, donde este tiene la última palabra y los cuidados de enfermería son marginalizados, la falta de reconocimiento por parte de la institución de salud de estos cuidados, pero lo que más se destacó fueron los siguientes:

- El escaso uso del poder por parte del profesional de enfermería.
- La falta de definición del trabajo de enfermería.
- La súper valorización del cuidado técnico y de tareas delegadas por la medicina que el propio cuidado en sí.

Dimensiones del cuidado invisible

Trato respetuoso (Deferencia respetuosa con el otro): El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud, en este caso el personal de enfermería, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales. También es importante saludar al paciente llamándolo por su nombre y que el personal de salud se

presente, dando el primer paso para una relación cordial entre paciente-enfermero/a. (González, 2014).

Tranquilidad: Es el estado de calma, serenidad o paz, que experimenta una determinada persona o individuo. Asimismo, es la ausencia de angustia, miedo, culpa o dolor. Se debe tener cuidado con el lenguaje no hablado. La actitud, la expresión del rostro, el tono de la voz, la capacidad de mantener contacto visual son elementos que se deben usar para enriquecer la relación. No es posible lograr una buena comunicación si el paciente nota que la enfermera está distraída, desinteresada, apurada, es interrumpida con llamadas telefónicas, entre otros (González, 2014).

Relación: Se refiere a conectarse positivamente (disposición de ayuda optimista y constantemente de la enfermera con el paciente). La interacción enfermera-paciente es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad. (Müggenburg, y Riveros, 2012). Es una especie de vínculo que se establece entre dos o más seres humanos, es una relación más estrecha, humana, emocional, en esencia, una relación interpersonal (Salgado, Valenzuela y Sáez, 2015; González, 2014).

Empatía (prestar atención a las experiencias de otros): Es la capacidad para ponerse en el lugar del otro y saber lo que siente o, incluso, lo que puede estar pensando. La empatía requiere, por tanto, prestar atención a la otra persona, aunque es un proceso que se realiza, en su mayor parte, de manera inconsciente. Requiere también ser consciente de que los demás pueden sentir y pensar de modos similares a los nuestros, pero también diferentes (González, 2014).

Seguridad-Privacidad (necesidades humanas y seguridad): La enfermera, proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y confidente intentará proporcionar confort, seguridad; además mostrará interés, escuchará

atentamente las vicisitudes, inquietudes, emociones y necesidades del enfermo y de sus familiares sobre el problema de salud y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella (González, 2014).

La versión original del cuestionario elaborado por Wolf (1994), por su propósito de evaluar la percepción tanto de los cuidados visibles como invisibles, contiene una dimensión que indaga sobre los conocimientos y habilidades del personal de enfermería, sin embargo, esta dimensión ha sido modificada en otros estudios, con el fin de analizar solo la percepción de los pacientes sobre los cuidado invisibles.

De la misma forma, en la presente investigación se adecuaron las dimensiones de Seguridad-Privacidad, que incluye preguntas sobre la intimidad y confort del paciente; y la dimensión tranquilidad, que incluye aspectos de comunicación entre enfermero/a – paciente. Finalmente cabe resaltar que el instrumento fue validado (Anexo 4).

Paciente quirúrgico

El paciente es una persona, grupo, familia o comunidad que constituye el centro de intervención de enfermería. Paciente o usuario es la persona que asiste a un servicio, es el sujeto principal del hospital, el cual debe ser recibido, tratado, comprendido y aceptado, asimismo, se debe considerar que cada paciente es un mundo, son mujeres y hombres de todas las edades, con distintos niveles de entendimiento, culturas y creencias diversas.

Paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud, sometiéndose a un examen médico, a un tratamiento o a una intervención. Teniendo en cuenta que el objetivo principal de este trabajo es el de conocer el nivel de satisfacción de los pacientes frente al cuidado de atención de enfermería, se entenderá

por paciente a la persona que se encuentra en la unidad de quirófano para ser intervenido quirúrgicamente.

Teorías de enfermería

La teoría es un conjunto de enunciados y proposiciones, formados por los conceptos y relaciones entre estos conceptos, organizados de manera coherente y sistemática que tiende a describir, explicar o predecir un fenómeno. Las teorías enfermeras tienden a describir, explicar y predecir los fenómenos de interés para la disciplina (Kérrouac, 2005).

La teoría es un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones, que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designándoles relaciones específicas con el propósito de describir, explicar, predecir o controlar fenómenos de enfermería” según Chinn y Jacobs (citados en Durán, 2002). “Las teorías están conformadas de conceptos y proposiciones y están destinadas a explicar los fenómenos del metaparadigma: persona, entorno, salud y cuidado de enfermería explicando las relaciones derivadas de estas cuatro variables” (Fawcett, 1992).

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad. Por lo tanto es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería. No todos los modelos y teorías se aplican a todas las situaciones en las que esté involucrada la enfermería, sino solo a una pequeña parte de todos los fenómenos de interés para la enfermería. Lo anterior quiere decir que así como para una enfermera del área de psiquiatría le interesaría la aplicación del Modelo de Relaciones Interpersonales de Peplau, para una enfermera clínica le interesará aplicar el Modelo de Déficit de Autocuidado de Orem Y para una enfermera comunitaria el Modelo de Promoción a la Salud de Pender, sin embargo es importante

aclarar que no ayudará a resolver todos los problemas suscitados en cada una de estas áreas, sino facilitará el entendimiento de algunos aspectos de la práctica desarrollada. Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica (Cisneros, 2002).

Así que para el presente trabajo se ha utilizado dos teorías que serán presentadas a seguir.

“Teoría del Cuidado Humano” Jean Watson

En esta teoría enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos (Cisneros, 2002).

La autora plantea diez factores de cuidar que resumen su planteamiento filosófico centrado en lo existencial y fenomenológico, nucleados en la expresión «enfermería transpersonal». Estos factores son:

1. Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.
2. Inducción de fe y esperanza.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
4. Desarrollo de la relación de cuidado humano, de ayuda y confianza.
5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Uso de procesos creativos para la solución de problemas.

7. Promoción de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.
8. Disposición para crear un entorno mental, físico, social, espiritual, corrector y de apoyo.
9. Ayuda en la satisfacción de las necesidades humanas.
10. Aceptación de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales.

Teoría “Relación Persona a Persona” según Joyce Travelbee

Joyce Travelbee propone el modelo de relación persona-persona; para ella el ser humano es un individuo único e irremplazable. Define a la enfermera como un ser humano que tiene un bagaje de conocimientos especializados y la capacidad para aplicarlos en un proceso interpersonal con el propósito de ayudar a otros seres humanos y a la comunidad. Define la salud según criterios objetivos y subjetivos. El entorno lo define explícitamente, así como la condición humana y las experiencias como sufrimiento, esperanza, dolor y enfermedad (López y Morales, 2014, p.20).

La relación enfermera-paciente se presenta por las interacciones que son contactos durante los cuales la enfermera y el paciente tienen una influencia recíproca y se comunican verbal o no verbalmente. Cada una de ellas puede ser un paso en dirección a la relación, si la enfermera, intencionalmente, se esfuerza por conocer al paciente y acierta en saber sus necesidades.

La mayor premisa de la teoría de Travelbee es que la relación enfermera-paciente se establece después de cuatro fases que se enlazan: el encuentro original, la emergencia de identidades, la empatía y la simpatía. Todas ellas culminan en el rapport o el establecimiento de la relación.

Existen diferentes tipos de interacción enfermera-paciente. La automática tiene poco o ningún significado para la enfermera y el paciente. Ni la enfermera ni el paciente se mueven hacia el mutuo conocimiento; se comunican, pero falla el proceso en la dirección de una relación.

Algunas interacciones enfermera-paciente son de ayuda y útiles para el paciente aun cuando el contacto no se dirija a un nivel de relación. Por ejemplo, la enfermera puede dar un excelente cuidado físico y el paciente estar agradecido por ello, aunque sienta que la enfermera no está interesada en él personalmente.

Joyce Travelbee identifica las siguientes fases de la relación enfermera-persona:

Fase del encuentro original: cuando la enfermera tiene un primer encuentro con el paciente, los sentimientos emergen en la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas. La observación es el paso más importante en el proceso de enfermería. Estas percepciones son importantes porque lo que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimientos, tienden a determinar los comportamientos y reacciones hacia él. La observación, las percepciones, al ser valoradas o juzgadas, son la base del subsiguiente patrón de interacción (Galvis, 2015).

Fase de identidades emergentes: durante esta fase ambos, enfermera y paciente, empiezan a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y más como un ser humano único. El paciente empieza a percibir a la enfermera como diferente, y no como la personificación de todas las enfermeras (Galvis, 2015).

Fase de empatía: la unicidad de cada individuo se percibe más claramente; en cuanto a la empatía, no es un asunto continuo, la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente pero solo "empatiza" una o varias veces. Una vez ocurra la empatía, el patrón de interacción cambia. Otro de los requisitos para desarrollar empatía es el deseo de

comprender o entender a la otra persona, que puede estar motivado por el deseo de ayudarlo y la curiosidad (Galvis, 2015).

Fase de simpatía: la habilidad de simpatizar emerge y resulta del proceso empático. Es un paso más allá de la empatía y surge del deseo base de aliviarle el estrés. Es la capacidad de entrar en o compartir los sentimientos o intereses de otro. La simpatía implica una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda. El objetivo de la simpatía es transmitir al otro que su preocupación es también la nuestra y que deseamos poder ayudarlo a solucionarla. Ambas, la empatía y la simpatía, requieren una apertura perceptual a la experiencia y a la libertad mental que me permitirán hacer uso de la experiencia personal para entender y apreciar la experiencia de los otros.

Fase de Termino: Es un proceso, una experiencia o serie de experiencias. Es una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. La experiencia del rapport es experimentada por ambos, de manera diferente de acuerdo con sus antecedentes personales. Esta relación se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos. (Galvis, 2015).

2.4 Definición conceptual de términos

- **Percepción.** La percepción es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara, en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de lo que le rodea, en relación enfermera – ser cuidado, esta percepción del cuidado de enfermería hace referencia a la impresión que subyace de esta interrelación en el momento de “cuidar al otro”, y cómo se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora. (González, Burgos y Quintero Martínez, 2009)

- **Cuidado de enfermería.** Se entiende por Cuidado todas las acciones que realiza el profesional de enfermería, con el fin de incentivar o potencializar los recursos individuales y colectivos de la persona o del (los) grupo (s) a que pertenece, de manera que se constituya en un agente central, activo, decidido y autónomo de su propia salud. Torres considera que el cuidado de enfermería, como actividad profesional, está mediado por rasgos humanos y por componentes científicos y tecnoinstrumentales, implica una acción que tiene sentido y está orientada hacia la búsqueda del bienestar de la persona o grupo que se cuida. (Prieto, 2007)

- **Cuidado invisible.** Se define como el cuidado silencioso, espontáneo, voluntario, no explícito, evidente o visible, no percibido por el otro. Para que este cuidado ocurra no es necesario un vínculo de amistad o que se conozca a la otra persona, basta tener la capacidad de empatía y sentimiento de empatía y solidaridad humana, condiciones básicas para el cuidado humano múltiple (Baggio y Lorenzini, 2010).

- **Paciente quirúrgico.** Paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud, sometiéndose a un examen médico, a un tratamiento o a una intervención. Teniendo en cuenta que el objetivo principal de este trabajo es el de

conocer el nivel de satisfacción de los pacientes frente al cuidado de atención de enfermería, se entenderá por paciente a la persona que se encuentra en la unidad de quirófano para ser intervenido quirúrgicamente (González, 2009).

- Centro quirúrgico. Es el conjunto de ambientes, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones (MINSA, 2000).

Capítulo III

Materiales y métodos

3.1 Diseño y tipo de investigación

La presente investigación tiene un diseño cuantitativo, pues las variables a estudiar poseen magnitudes numéricas y de acuerdo con Hernández (2014) este diseño tiene “base en la medición numérica y el análisis estadístico”. De acuerdo a la clasificación de Argimón (2013) la presente investigación es de tipo: *Observacional*, también llamado “no experimental” pues el factor de estudio no es controlado por los investigadores, sino que estos se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos. *Descriptivo*, pues no busca evaluar una presunta relación causa-efecto, sino que sus datos son utilizados con finalidades solamente descriptivas. *Transversal*, pues los datos de cada sujeto representan, esencialmente, un momento en el tiempo.

3.2 Variables de la investigación

Percepción del cuidado invisible del profesional de enfermería.

Definición operacional de variables

Percepción del cuidado invisible: satisfacción expresada por pacientes respecto a acciones intencionales de profesionales de enfermería como brindar un trato respetuoso, tranquilidad, relación, empatía y seguridad-privacidad evaluadas a través del cuestionario de Wolf modificado.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensiones	Indicadores	Categoría de respuesta	Escala de medición	Puntajes		
<p>Percepción del cuidado invisible Definición operacional: Es la información propia de cada paciente sobre el cuidado invisible recibido por la enfermera, en el centro quirúrgico de una clínica privada, antes y durante el proceso quirúrgico. Evidenciado a través del formulario de Wolf Modificado, el cual consta de 5 dimensiones: trato respetuoso, tranquilidad, relación, empatía y seguridad-privacidad. La información se recolectará a través de la entrevista a los pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica y estuvieron despiertos durante la misma.</p> <p>Definición conceptual: La percepción es un proceso subjetivo mediante el cual el paciente obtiene momentos significativos en su interior durante la interacción en el cuidado, este proceso depende tanto de quién recibe como de quién proporciona la información y está influenciada por múltiples factores sociales, personales, y culturales. El cuidado invisible se define como el cuidado silencioso, espontáneo, voluntario, no explícito, evidente o visible y no percibido por el otro. Para que este cuidado ocurra no es necesario un vínculo de amistad o que se conozca a la otra persona, basta tener la capacidad de empatía y sentimiento de empatía y solidaridad humana, condiciones básicas para el cuidado humano múltiple.</p>	Trato respetuoso	-Respeta.	NUNCA= 0 A VECES= 1 SIEMPRE=2	Ordinal	1-5 Sugiere un mal trato respetuoso. 6-7 Sugiere un moderado trato respetuoso. 8-9 Sugiere un favorable trato respetuoso.		
		-Escucha.					
		-Trato humano.					
	Tranquilidad	-Confidencia en la información.			- Se toma unos minutos para conversar. -Permite expresar sus sentimientos.	1-7 Sugiere baja transmisión de tranquilidad al paciente. 8-10 Sugiere una moderada transmisión de tranquilidad al paciente. 11-12 Sugiere una alta transmisión de tranquilidad al paciente.	
		Relación					-Lo anima.
	-Muestra afecto.						
	-Usa un tono de voz suave.						
	Empatía	-Favorece un ambiente de confianza y familiaridad.			-Lo cuida desde el ingreso hasta el alta. -Acude al llamado. -Es paciente y amigable. -Es brusca y apresurada al realizar su trabajo. -Sonríe. .-Dedica tiempo a la familia. -Motiva a que participe en sus cuidados.	1-11 Sugiere baja empatía con el paciente. 12-16 Sugiere moderada empatía con el paciente. 17-21 Sugiere alta empatía con el paciente.	
		Seguridad-Privacidad					-Atenta a su condición.
							-Interesada en su estado de ánimo.
							-Pendiente en la satisfacción de

	<p>sus necesidades.</p> <p>- Solidaria con la situación.</p> <p>-Comprende sus dudas, preocupaciones y le ofrece su ayuda para solucionarlas.</p> <p>-Se coloca en lugar del paciente para entender la situación.</p> <p>-Conforta cuando necesita.</p> <p>-Provee que se sienta en un ambiente seguro y confiable.</p> <p>-Cuida su intimidad al prepararlo(a) para la cirugía.</p> <p>-Cuida su intimidad al realizar procedimientos en los cuales se ven comprometidos la misma.</p> <p>-Provee seguridad y auxilia en el traslado del paciente a sala y camilla quirúrgica.</p> <p>-Le mantiene protegido del frío al llegar, durante y al salir de la cirugía.</p>		<p>seguridad y privacidad al paciente</p> <p>26-33 Sugiere alta provisión de seguridad y privacidad al paciente.</p>
--	---	--	--

3.3 Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación se desarrolló en la Clínica Good Hope ubicada en el Malecón Balta N° 956, distrito de Miraflores (Lima – Perú). Esta institución fue fundada el 18 de marzo de 1944, con el objetivo de establecer la obra médica en la Zona Central del Perú en Lima. Luego, en 1947, se trasladó a la antigua residencia de la Embajada Alemana y adquirió la denominación de Clínica Good Hope.

Inicialmente la sala quirúrgica se ubicaba en el primer piso, donde actualmente se encuentran los consultorios. No tomaba más espacio que tres consultorios y era dividida en una sala mayor y una sala de espera para intervenciones pequeñas sin anestesia. Además, la sala mayor contaba solo con una máquina de anestesia, una lámpara cialítica, lámparas de pie, una mesa de mayo, una mesa auxiliar, instrumental para cirugías generales, traumatológicas y ginecológicas.

En 1988, la sala quirúrgica se trasladó provisionalmente al 3° piso de la Torre “B” de la clínica hasta que, en 1997, se trasladó oficialmente al 4° piso y recibe el nombre de “Centro Quirúrgico Milton Alfonso”, donde se encuentra ubicado actualmente. Hoy en día cuenta con cinco salas adecuadamente equipadas para cirugías mayores y menores. Además de diversos ambientes destinados para profesionales de la salud, así como diversos equipos y dispositivos médicos.

Por razones de bioseguridad, el Centro Quirúrgico está dividido en 3 zonas: Zona rígida, donde se encuentran las salas quirúrgicas y antesalas; Zona semirrígida, donde se encuentran los vestidores, almacenes de medicamentos y materiales, endoscopía y Zona no rígida, donde se encuentran la zona de recepción de pacientes, camillas y estar de secretaría.

En los últimos tres meses (mayo, junio y julio), en el Centro Quirúrgico de la Clínica Good Hope se han atendido un promedio de 540 pacientes por mes, incluyendo cirugías

mayores, menores y procedimientos. Según la especialidad, en los últimos tres meses las cirugías ginecológicas (cesáreas, histerectomías, histeroscopías, quistectomías, entre otros), ocuparon el primer lugar con un 36% del total de cirugías realizadas; en segundo lugar se encontraron las cirugías generales (colelap, apendilap, laparotomía exploratorias, entre otros), con un total de 10,5%, en tercer lugar, lo ocuparon cirugías traumatológicas (artroscopías de rodillas, caderas, reducciones cruentas, entre otros) con un total de 10,2%. Asimismo, la mayoría de estos pacientes proceden de hospitalización con un 44% de casos y emergencia con un 19% de casos.

Para brindar cuidados a todo paciente intervenido, el Servicio de Centro Quirúrgico, de esta clínica, cuenta un total de 16 profesionales de enfermería. Asimismo, aquí laboran una jefa de servicio, 13 técnicos de enfermería, 5 admisionistas y anestesiólogos.

3.4 Población y muestra

La población está representada por pacientes intervenidos en el quirófano de la Clínica Good Hope y que están despiertos durante el acto quirúrgico. Según las estadísticas de la Clínica Good Hope, en el Centro Quirúrgico se atiende un promedio de 253 pacientes mensualmente.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculado mediante la fórmula de población finita, para ello se consideró una confiabilidad del 95%, por antecedentes (González, 2013) se asumió una frecuencia favorable de cuidado invisible del 30% y un error de precisión del 7,6%, resultando un tamaño de muestra de 90 pacientes.

Para el cálculo de la muestra con población finita se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde,

Tamaño de población:	N=253
Nivel de confianza (95%):	$Z_{\alpha}=1.96$
Prevalencia de la enfermedad:	$p=0.30$
Prevalencia sin enfermedad:	$q=0.70$
Error de precisión:	$d=0.076$
Tamaño de la muestra (n):	$n = 90$

Muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado por semanas, es decir, la muestra está conformada en un promedio 11 pacientes seleccionados de forma semanal distribuidos en cada día hábil, hasta completar la octava semana. Los pacientes fueron abordados en algunos casos en la unidad de observación y, en otros casos, en el ambiente de hospitalización.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Paciente mayor de 18 años de edad.
- Paciente de sexo femenino o masculino.
- Paciente con intervención quirúrgica en la Clínica Good Hope.
- Paciente que recibió anestesia local, epidural o raquídea.

Criterios de exclusión

- Paciente que no firme consentimiento informado.

- Paciente con trastornos mentales u otra incapacidad que no le permita contestar el instrumento de estudio.

Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por pacientes mayores de 18 años, de 21 a 75 años, intervenidos en el quirófano de la Clínica Good Hope ubicada en el distrito de Miraflores. Asimismo, deben haber sido operados bajo una técnica anestésica (local, epidural o raquídea) que les permita estar despiertos durante el acto quirúrgico.

La edad promedio de los pacientes que fueron intervenidos en el quirófano fue 33,3 años; asimismo, la mayor parte de pacientes (88,9%) tiene entre 20 y 40 años. Además, el 83,3% de los pacientes fue de sexo femenino. Respecto al grado de instrucción el 98,9% tiene estudios superiores, y finalmente el 47,2% de los pacientes expresa que es su primera cirugía. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. *Características generales de los pacientes atendidos en la clínica privada de Lima 2016.*

Características generales	$\bar{x} \pm DS$	Min-Max
Edad	33,3\pm9,3	21 - 75
	N	%
20 - 40 años	80	88,9
> 40 años	10	11,1
Sexo		
Femenino	75	83,3
Masculino	15	16,7
Grado de instrucción		
Secundaria	1	1,1
Superior	89	98,9
Nº de cirugías		
Primera	42	47,2
Segunda	27	30,3
Más de dos	20	22,5
Total	90	100,0

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la *encuesta*, la cual tuvo como características:

a). ser heteroadministrada (por ser el profesional de enfermería quien preguntó y paciente quien respondió), b). ser anónimo (para garantizar la confidencialidad) y de fácil aplicación (por la claridad de las preguntas que incluye el instrumento).

3.5.1 Instrumentos

Inventario de conductas del cuidado

Para la evaluación de la percepción sobre el trato invisible, que brinda el profesional de enfermería, se utilizó el Inventario de Conductas del Cuidado de Wolf (1994) en su versión modificada, donde se agregan las dimensiones “Empatía” y “Seguridad-Privacidad”. El instrumento cuenta con un total de 34 ítems o preguntas distribuidos en 5 dimensiones: Trato Respetuoso, Tranquilidad, Relación, Empatía y Seguridad-Privacidad. Asimismo, las preguntas que incluye el instrumento se caracterizan por ser cerradas con opciones de respuesta: “siempre”, “a veces” y “nunca”.

En la dimensión *Trato Respetuoso* se presentan 3 ítems que tienen por objetivo evaluar si el profesional de enfermería se ha presentado con su nombre y puesto, si ha saludado al paciente, si lo recibió en lugar limpio y ordenado; además si dio debida atención cuando estaba hablando.

La dimensión *Tranquilidad* se presentan 4 ítems que evalúan si el profesional de enfermería transmite tranquilidad al paciente dándole atención, animándole para que exprese sus sentimientos, informándole debidamente sobre los acontecimientos en la sala y usando tono de voz suave.

En la dimensión *Relación* se presentan 9 ítems que evalúan la amabilidad en el trato, la seguridad y confianza, la delicadeza de la enfermera, además, si la misma atendía el llamado del paciente, la sensación de acompañamiento y si se le habló con lenguaje claro.

En la dimensión *Empatía* se presentan 7 ítems que evalúan el grado de interés, solidaridad, capacidad de ponerse en lugar del paciente, de la enfermera hacia el paciente.

Y, finalmente, la dimensión *Seguridad-Privacidad*, son presentados 11 ítems que evalúan la capacidad de la enfermera de mantener la privacidad y seguridad del paciente en su traslado, dentro de sala y al retirarse (Anexo C).

La dimensión seguridad- privacidad fue añadida según la necesidad de la investigación, además se ha realizado una prueba piloto y validación por jueces de expertos.

Proceso de recolección de datos

- En primer lugar, se solicitaron los permisos necesarios para la ejecución del estudio a la Dirección de Docencia e Investigación de la Clínica Good Hope, específicamente el área de Actividades de Investigación.

- La recolección de datos se realizó durante los meses mayo-junio de 2016, incluyéndose a pacientes que ingresen al centro quirúrgico de la Clínica Good Hope en quienes se administró anestesia local, epidural o raquídea, y que mantuvieron un pleno estado de conciencia durante el acto quirúrgico.

- Se realizó coordinaciones previas con los pacientes y si fue necesario coordinaciones con los familiares para aplicación del cuestionario; asimismo, se

explicaron los objetivos del estudio y los procedimientos que incluirán, luego de ello se solicitó la firma de consentimiento informado (Anexo A).

- Desde el punto de vista ético, el estudio siguió los lineamientos de la Declaración de Helsinki, donde se instó a investigadores para velar por la salud de todo paciente que participe en una investigación. Esto fue garantizado pues más allá de la aplicar un inventario, no se realizaron intervenciones de carácter invasivo que pongan en riesgo la salud de los participantes. De esta manera de cumplió con lineamientos especificados en el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú, donde se menciona: “no atentar contra los principios éticos y bioéticos”.

- La recolección de datos se realizó según el egreso del paciente, si está hospitalizado se realizó cuando este se encuentre en su habitación, previa coordinación; mientras en el caso de pacientes ambulatorios fueron encuestados antes de su salida de los ambientes de recuperación.

3.5.2 Confiabilidad y validez del instrumento

Debido a que el formulario original fue editado, se consideró 4 expertos que evaluarán la validez de contenido del cuestionario, para realizar los cambios necesarios.

Se ha realizado una prueba piloto, donde fueron encuestados 20 pacientes. Luego se analizaron los datos y se midió el Alpha de Combrach, lo cual su valor general fue de 0,97, indicando una excelente validez interna, mientras que las dimensiones como: trato respetuoso (0,89), tranquilidad (0,87), relación (0,95), empatía (0,92), seguridad-privacidad (0,85) también obtuvieron un alto índice de consistencia interna (ver anexo D), dichas dimensiones son superiores a los estudios realizados por Salgado (2015) donde la consistencia de las dimensiones se encuentran entre 0,704 y 0,9221.

3.6 Tabulación y análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos, se usó el paquete estadístico SPSS 20.0 en español, donde se creó la base de datos en función al cuadro de variables. Los datos recopilados fueron tabulados en la base de datos y luego se realizó su respectiva depuración y consistencia.

Para el análisis descriptivo se usó frecuencias relativas y frecuencias absolutas para variables cualitativas, para expresar las variables cuantitativas se usaron las medidas de tendencia central y de dispersión.

Las respuestas de cada reactivo positivo (pregunta planteada de manera favorable) fueron asignadas de la siguiente forma. Nunca (0), A veces (1) y Siempre (2), mientras que los valores se invirtieron en las preguntas de forma negativa. Los valores finales del cuidado invisible fueron clasificados en función a los percentiles, de la siguiente forma: Desfavorable (<P50), Medianamente favorable (P50 – P80), Favorable (>P80).

Los resultados fueron expresados en tablas de frecuencias y tablas de contingencia y también se realizaron gráficos estadísticos para una mejor interpretación visual.

Capítulo IV

Resultados y discusión

4.1 Resultados

Se presentan los resultados de 90 pacientes cuyo objetivo fue determinar la percepción del paciente en la fase transoperatoria sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico en una clínica privada de Lima durante el 2016, se utilizó el análisis descriptivo (media, desviación estándar y frecuencias absolutas y relativas). Siendo los resultados los que a continuación presentamos:

La mayoría de pacientes tuvo una percepción favorable sobre la dimensión trato respetuoso del cuidado invisible de los profesionales de enfermería que laboran en Centro Quirúrgico (81,1%). (Ver Figura 1)

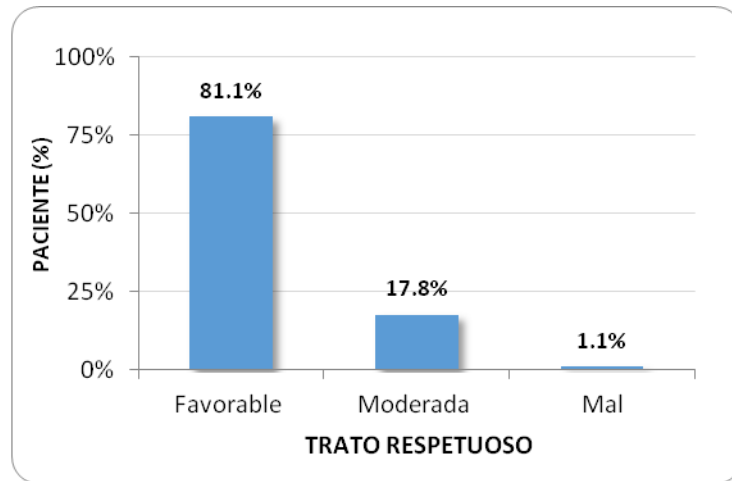


Figura 1. Percepción del paciente según la dimensión Trato Respetuoso en la clínica privada de Lima 2016.

La percepción de la mayoría de pacientes, según la dimensión tranquilidad, fue favorable (81,1%), mientras el 16,7% percibió una moderada tranquilidad y dos pacientes percibieron un nivel bajo de tranquilidad. Los ítems “siempre la enfermera usa un tono de voz suave y toma unos minutos para hablar con el paciente” fueron los más frecuente. (Ver Figura 2, Anexo E).

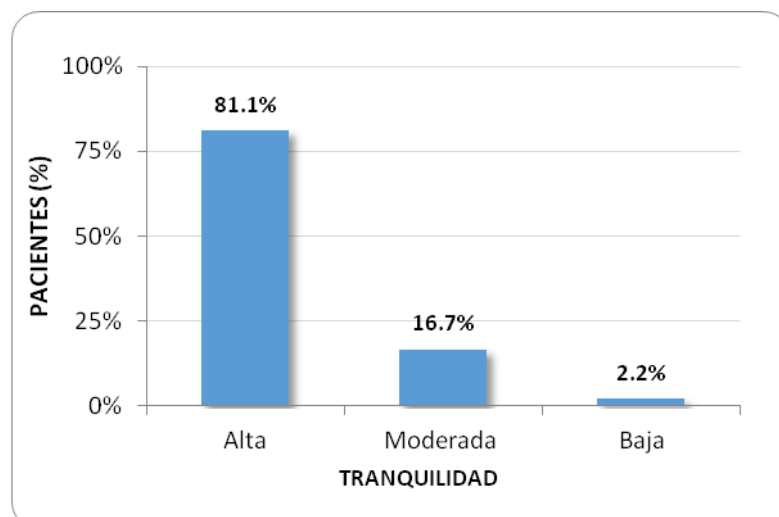


Figura 2. Percepción del paciente según la dimensión Tranquilidad en la clínica privada de Lima 2016.

Según la percepción del paciente en la dimensión Relación, del 100% (90), el 97,8% de los pacientes percibe una alta relación, el 1,1%(1) percibe una moderada y baja relación respectivamente. Los ítems de la categoría alta se relacionan cuando el paciente refiere que la enfermera ha sido amable en su ingreso en el Centro Quirúrgico, paciente al hablar y ser delicada al momento de cuidarlo (Ver Figura 3, anexo E).

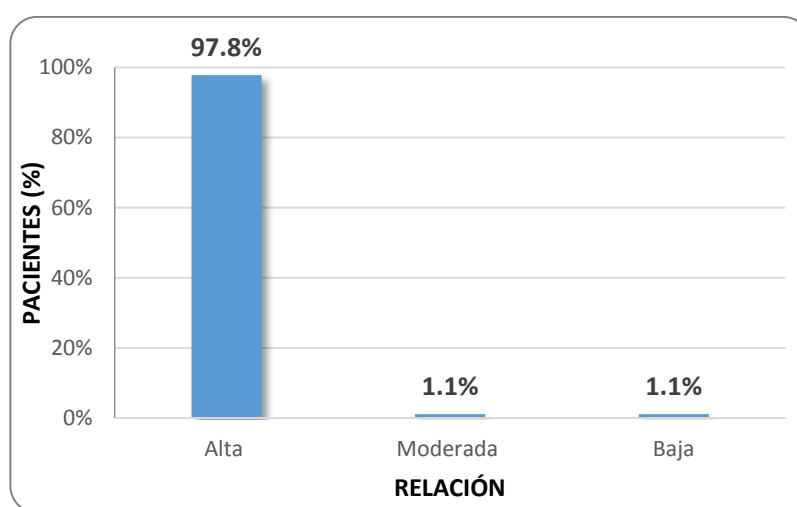


Figura 3. Percepción del paciente según la dimensión Relación en la clínica privada de Lima 2016.

En cuanto al percepción del paciente en la dimensión Empatía, el 78,9% (71) pacientes percibe una alta empatía, el 17,8%(16) percibe una moderada empatía y el 3,3% (3) percibe una baja empatía. Además, los ítems de la categoría alta se relacionan cuando el paciente manifiesta que siempre la enfermera se muestra atenta, es solidaria, está pendiente con sus necesidades, comprende sus dudas y ofrece su ayuda rápidamente (Ver Figura 4 y anexo E).

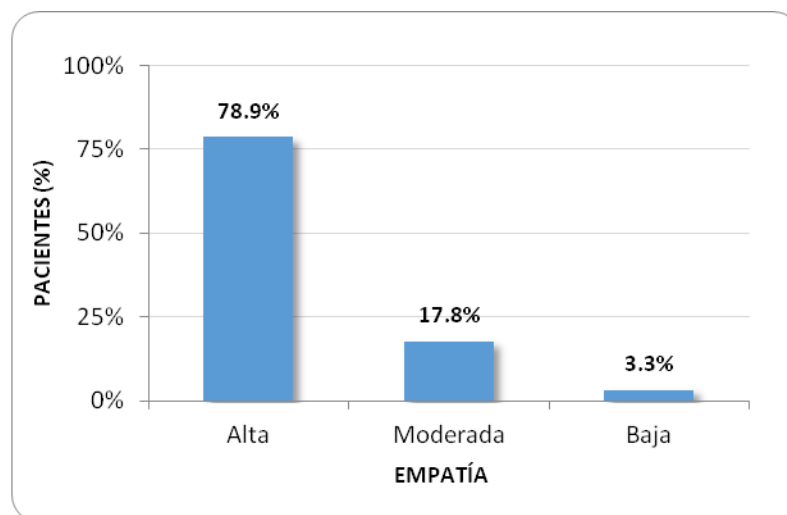


Figura 4. Percepción del paciente según la dimensión Empatía en la clínica privada de Lima 2016.

Respecto a la percepción del paciente en la dimensión seguridad-privacidad, el 95,6% (86) pacientes percibe una alta seguridad-privacidad y el 4,4%(4) perciben una moderada seguridad-privacidad, donde los ítems de la categoría alta se relacionan cuando el paciente manifiesta que siempre la enfermera lo trata con respeto, se siente seguro en la camilla donde lo traslada a la sala de operaciones, recibe auxilio para trasladarse de la cama quirúrgica a la camilla, y que la enfermera cuida su intimidad durante la preparación para la cirugía dentro de sala (Ver Figura 5, anexo E).

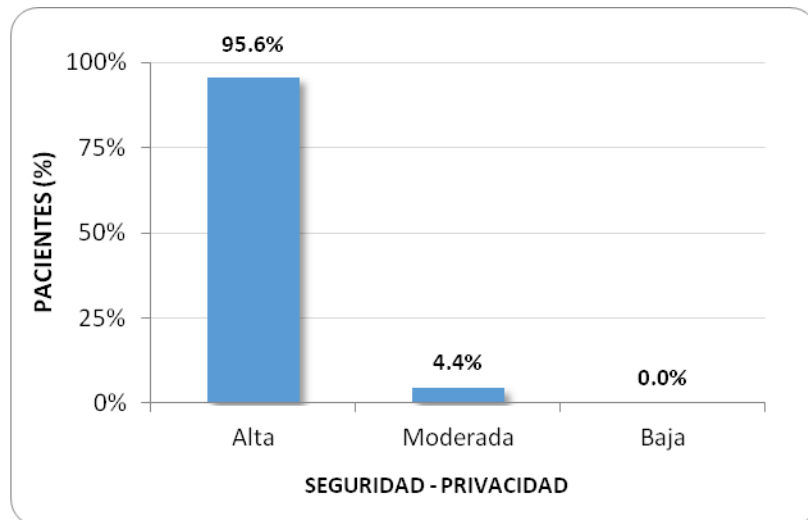


Figura 5. Percepción percibida del paciente según la dimensión Seguridad-Privacidad en la clínica privada de Lima 2016.

Según el consolidado de las 5 dimensiones estudiadas en la presente investigación, se puede observar que la percepción de los pacientes en la fase transoperatoria, sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería que labora en Centro Quirúrgico, fue favorable en un 97,8%, una percepción medianamente favorable 1,1% y desfavorable también un 1,1%. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Percepción percibida del paciente sobre el cuidado de los profesionales de Enfermería en la clínica privada de Lima 2016.

Percepción	N	%
Favorable	88	97,8%
Medianamente favorable	1	1,1%
Desfavorable	1	1,1%
Total	90	100,0%

4.2 Discusión

De acuerdo a la investigación se evidenció que la edad promedio de los pacientes fue 33,3 años, donde el 88,9% se encontraban entre 20 y 40 años, asimismo, el 83,3% de los pacientes es de sexo femenino y la gran mayoría tiene estudios superiores (98,9%). Por su parte, Carrasco (2008) realizó un estudio en Lima, encontrando que el 56,0% de los pacientes tenía una edad menor a 60 años, además, la mayoría tuvo grado de instrucción superior (56,0%). Sin embargo, difieren en el género y en el número de cirugías, donde sostiene que el 58,0% son de sexo masculino y refieren que han tenido más de tres cirugías (40,0%). De la misma manera para Gonzáles (2013), en un estudio en Lima-Perú, encontraron que el 55% de los pacientes expresó que era su primera cirugía, en cambio en el sexo y la edad difieren. Las diferencias que presentan los sujetos de estudio ponen de manifiesto la amplia diversidad -en cuanto a la edad, sexo, nivel educativo y número de cirugías- en los pacientes con los que el personal de enfermería debe mantener contacto y en quienes deben aplicar los cuidados necesarios y diferenciados para cada caso; ya que las necesidades de un adulto no son iguales a las de un adolescente o un adulto mayor.

Respecto a la dimensión trato respetuoso, se encontró que el 81,1% percibe favorablemente, 17,8% percibe moderadamente y el 1,1%(1) percibe un mal trato (Ver Anexo E.1.); resultado similar al encontrado en el estudio de Carrasco (2008), donde el 78% (35) presenta opinión favorable, seguido del 15% medianamente favorable y el 7% desfavorable el cual concuerda en que siempre presta atención cuando el paciente le está hablando, de la misma manera para Gonzales (2013) donde tuvo como objetivo determinar la percepción que tiene el paciente sometido a cirugía oftalmológica acerca del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de Cirugía de día, encontrando que el 72,4% tiene una percepción medianamente favorable, 15,4% favorable y 12,2%

desfavorable. En un estudio realizado en el 2015, con el objetivo de determinar y asociar la percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería con las variables sociodemográficas y estancia hospitalaria en el servicio de medicina de un hospital público. Se observó que los pacientes refirieron que los enfermeros a veces no se dirigen hacia él por su nombre y no demuestra amabilidad durante la atención. La necesidad que presenta el paciente es una sensación de carencia que debe ser satisfecha por el profesional, debido a que ha de confiar en este como una persona que le brindará el mejor cuidado; para ello, el profesional de enfermería debe conocer y comprender la conducta del paciente en un medio extraño para él, y, por lo anterior, debe compartir experiencias humanas mediante la relación de respeto entre el profesional y el paciente (Silva, Ramón, Vergaray, Palacios y Partenazi, 2015). En comparación a estas investigaciones García (2012) encontró como resultados, del indicador de calidad del trato digno de enfermería, que la dimensión técnica de la atención de enfermería, mostró que en el 47% de los casos, la enfermera no se presentó con el paciente; el 48% de los usuarios aseguró no haber recibido una explicación previa a los procedimientos que le realizó la enfermera, el 42% sostuvo que la enfermera no le ofreció las condiciones necesarias que resguardaran su intimidad y/o pudor durante su atención y al 44% de los casos no se le brindó un plan de cuidados al paciente y/o familiar respecto a su padecimiento.

La percepción del usuario acerca del trato digno por enfermería fue adecuada en 91% mientras que el 9% restante lo percibió como inadecuada. Además, resultó importante para el usuario que la enfermera le ofrezca condiciones que guarden su intimidad y pudor, como lo comprobó Ortiz (2014) al determinar que la satisfacción de los usuarios se relaciona con el confort y la limpieza de las instalaciones; al respecto, Bautista (2008) plantea que la relación enfermera-paciente adquiere mayor relevancia, si el personal se

interesa por brindarle comodidad, privacidad y un ambiente agradable al usuario. Los pacientes no solo perciben los elementos racionales en el cumplimiento de sus derechos; sino que asignan componentes emocionales al momento de conceptualizar el trato respetuoso, esto quiere decir que el valor agregado del trato al paciente consiste en respetar sus emociones, particularmente cuando se trata de su estado de salud.

Por otra parte, en la dimensión tranquilidad, se encontró que la percepción del paciente fue alta mostrando un 81,1%, asimismo, el 16,7% de los pacientes percibe una moderada transmisión de tranquilidad y finalmente el 2,2% percibe una baja transmisión de tranquilidad (Ver Anexo E.2.); resultado que no varía mucho por González (2013) donde el 50% de los pacientes tiene una percepción medianamente favorable, el 35% se encuentra favorable y el 15% se encuentra desfavorable. Brindar tranquilidad al paciente incluye saber qué decir y la forma en cómo decirlo; incluso, involucra todo aquello que no se dice o lo que se denomina comunicación no verbal (especialmente importante en pacientes quirúrgicos); a pesar de los buenos porcentajes encontrados, es necesario que los profesionales de enfermería sigan fortaleciendo sus habilidades psicoafectivas para actuar en concordancia con el paciente a su cuidado; y así poder ofrecer el estado de calma que este necesita. La comunicación con los pacientes no solo está dada por palabras, pues como expresa De La Cuesta, “el desafío para los cuidadores ahora es hacerse entender por el paciente y entenderle a él, hablar con él en un lenguaje que para ambos tenga sentido y, cuando no haya palabras, encontrar la manera de comunicarse”. Según la misma autora, “es por medio de la comunicación cómo la enfermera puede cumplir con el objetivo de su profesión, ayudando a los individuos y a las familias a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, ayudarles a dar sentido a estas experiencias”.

En relación a la dimensión relación, el 97,8% de los pacientes percibe una alta relación con los profesionales de enfermería, el 1,1% (1) percibe una moderada y baja relación, respectivamente (Ver Anexo E.3.); resultados que son casi similares por Gonzáles (2013) donde el 60% de los pacientes tiene una percepción medianamente favorable, el 30% de los pacientes se encuentra favorable y el 10% se encuentra desfavorable, asimismo, fue para Carrasco (2008) encontrando que el 53% tiene una opinión medianamente favorable, el 25% tiene una opinión desfavorable y el 22% favorable. Por su parte, la investigación de Bernal (2011) en la evaluación del trato digno con respecto a la relación enfermera – paciente el 89% de las mujeres consideró que esta relación fue buena, 9% que fue regular y el 2% que fue mala. El desarrollo de una relación enfermera-paciente, de forma adecuada, permite valorar de forma exhaustiva el estado de salud del paciente e identificar rápidamente sus necesidades; por ello se le considera el punto clave de los cuidados de enfermería. La relación interpersonal no se mide exclusivamente por la comunicación verbal, también hace referencia al interés que se tiene por las personas, el cual se demuestra por la comodidad, privacidad y por el ambiente que se les proporciona en los diferentes lugares donde se presta la atención en salud. El trato digno incluye el saludo amable hacia la paciente, la presentación del personal de salud, hablar a la paciente por su nombre, la explicación de actividades o procedimientos que se van a realizar, salvaguardar la intimidad del paciente, el hacer sentir seguro al paciente, ser tratado con respeto, brindar información acerca de los cuidados posteriores al procedimiento, no solo a la paciente sino al familiar responsable y, por último, la satisfacción del paciente con respecto al trato del personal que le atendió.

En cuanto a la dimensión empatía, el 78,9% (71) pacientes percibe una alta empatía, el 17,8%(16) percibe una moderada empatía y el 3,3% (3) percibe una baja empatía,

mostrando que siempre la enfermera se muestra atenta, solidaria, está pendiente con sus necesidades, comprende sus dudas y ofrece su ayuda rápidamente (Ver Anexo E.4.); resultados congruentes por Gonzales (2013) donde el 57% de los pacientes presenta una percepción favorable, el 24% se encuentra medianamente favorable y el 19%, desfavorable; mostrando que el profesional de enfermería siempre comprende sus dudas. En cambio difiere con Carrasco (2008) el cual encontró que el 38% de los pacientes manifiesta una opinión desfavorable, el 35% medianamente favorable y el 27% favorable, donde los ítems concernientes fueron que la enfermera muestra fastidio y desinterés durante la atención, no brinda tranquilidad y seguridad y no satisface las necesidades y requerimientos del paciente. Establecer una verdadera empatía con el paciente permite elaborar un mejor plan de cuidados: más personalizado, humanizado y ético, que mejore el estado de salud del paciente. Para darse cuenta de cómo asume el paciente el cuidado, nos debemos poner en su lugar, tal como lo propone Virginia Henderson. La enfermera debe esforzarse por comprender al paciente cuando este no posea la voluntad, la conciencia o la fortaleza necesaria; la enfermera debe “ponerse en su lugar”, es decir, por unos momentos adoptar el papel del enfermo e intentar vivir de cerca esa situación de incertidumbre. Para que exista una buena relación profesional enfermera – paciente, disminuyendo así la sensación de soledad e indefensión de este último, se deben tener en cuenta su deterioro físico y psicológico, su conocimiento sobre la enfermedad; además, proporcionarle comunicación apropiada y un trato digno.

Sobre la dimensión seguridad-privacidad, el 95,6% (86) de los pacientes percibe una alta seguridad-privacidad y el 4,4%(4) percibe una moderada seguridad-privacidad, mostrando en todos momentos que siempre la enfermera lo trata con respeto, en un ambiente limpio y ordenado, se siente en un ambiente de confianza y seguridad, sintiéndose seguro en la camilla cuando se le trasladó a sala de operaciones, recibió

auxilio para el traslado de la cama quirúrgica a la camilla y cuidó su intimidad durante la preparación para la cirugía dentro de sala, así como en el momento del aseo (Ver Anexo E.5.). Resultado que concuerdan con lo reportado por Villajuan (2010) quien encontró que el 71,4% de los pacientes percibió un nivel alto de seguridad y el 25,3% percibió un nivel medio. Otros autores, como Gonzales y Quintero (2009), encontraron que el 78% siempre percibió la priorización al ser cuidado, 8% casi siempre, 9% algunas veces y 5% nunca percibió la priorización del cuidado, donde evaluaron el respeto, le llaman por su nombre, respetan sus decisiones, respetan la intimidad y, ante cualquier eventualidad, lo ponen en primer lugar. Ofrecer seguridad y privacidad, como parte del cuidado del paciente, propicia una estancia más agradable en el hospital, además de reducir, de manera significativa, el miedo y la ansiedad que surge al estar hospitalizado.

La percepción de los pacientes intervenidos en el quirófano acerca del cuidado que brinda los profesionales de enfermería en la Clínica Good Hope, del 100%, es decir de las 90 pacientes, el 97,8% (88) percibe favorablemente la atención de los profesionales de enfermería, el 1,1% (1) percibe medianamente favorable y el 1,1% (1) percibe una desfavorable atención de los profesionales de enfermería; hallazgos que son congruentes por lo reportado en Villajuan y Reyes (2010) donde realizaron un estudio en Lima titulado “Nivel de satisfacción del paciente acerca del cuidado enfermero que recibe en el servicio de cirugía de día del HNGAI”, encontrando que el 60,7% de los pacientes presentó un alto nivel de satisfacción con el trato brindado. Asimismo, para González y Quintero (2009) quienes realizaron un estudio en Bogotá titulado “Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II Y III nivel de atención. Encontrando que el 73% de las mujeres hospitalizadas percibió siempre el cuidado humanizado del personal de enfermería, el 11% casi siempre percibió el cuidado

humanizado, el 12% algunas veces percibió el cuidado humanizado y el 4% nunca percibió el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería, de la misma manera para Gonzales (2013) y para Carrasco (2008) donde encontraron resultados muy cercanos para la presente investigación, para Gonzales (2013) el 53% presenta una percepción medianamente favorable, 33% favorable y 14% desfavorable y para Carrasco (2008) el 64% tiene una opinión medianamente favorable, 27% favorable y el 9% desfavorable. Finalmente, se hacen cada vez más necesarios los profesionales de enfermería que estén preparados para desarrollar sus funciones de cuidado invisible del paciente quirúrgico; con ello mejorará la calidad en la atención del paciente, será más holística y humanizada.

Capítulo V

Conclusiones, limitaciones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

La mayoría de pacientes atendidos en el Centro Quirúrgico, de una clínica privada de Lima 2016, presentó un cuidado invisible favorable (97,8%) por parte de las profesionales de enfermería.

Los pacientes en la fase transoperatoria percibieron principalmente un trato respetuoso favorable (81,1%) por parte de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico pues se ha demostrado que la enfermera saluda al paciente y lo llama por el nombre, se presenta debidamente y le presta atención cuando el paciente se expresa.

La mayoría de los pacientes, en la fase transoperatoria, percibió una alta tranquilidad (81,1%) debido al cuidado invisible de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico pues estos han referido que la enfermera tomo tiempo para hablarles, le

brindó información de modo que se tranquilizara, lo animó a que expresara sus dudas e inquietudes y uso un tono de voz suave.

En la fase transoperatoria los pacientes percibieron, en su mayoría, una alta relación interpersonal (97,8%) por parte de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico a través del trato amable y paciente por parte de la enfermera, de su demostración de seguridad y confianza, por el uso de lenguaje comprensible, su sonrisa y trato delicado.

Fueron más frecuentes los pacientes en la fase transoperatoria que percibieron una alta empatía (78,9%) por parte de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico pues estos se han mostrado atentos a la condición de paciente y de su estado de ánimo, además de mostraren solidarias con su situación en forma general.

La mayoría de los pacientes, en la fase transoperatoria, percibió una alta seguridad y privacidad (95,6%) debido al cuidado invisible de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico pues han reportado que fueron recibidos en un ambiente limpio y ordenado donde se sintieron que su seguridad y privacidad fueron conservadas antes durante y después del acto quirúrgico.

5.2 Recomendaciones

Siendo la visión de la Clínica Good Hope ser una institución reconocida en el sector salud por su liderazgo y excelencia en el servicio, brindando bienestar integral y una atención con calidad, este estudio concluye con un resultado favorable sobre la percepción de los pacientes, por lo cual se sugiere al área de Recursos Humanos continuar (en el caso de que hubiera) o proponer (si no existe) capacitaciones y talleres que consoliden la calidad de profesionales para continuar con una adecuada atención humanista, característica inherente de la carrera profesional.

Para mantener y mejorar la calidad y la imagen institucional, no se debe omitir la importancia de realizar capacitaciones y evaluaciones de satisfacción de forma constante, de tal manera que se pueda conocer cuál está siendo la percepción de los pacientes sobre la atención hospitalaria y, sobre esos resultados, gestionar la satisfacción de los pacientes para obtener los resultados esperados.

En lo que concierne a la Escuela Profesional de Enfermería, se recomienda contribuir con desarrollo gradual de cada estudiante, orientándolo hacia la formación de una madurez que le permita realmente “cuidar” al paciente. Ello, necesitaría mayor formación psicoafectiva, mediante sesiones con los profesionales pertinentes en el área.

El personal de enfermería debe propiciar una buena relación enfermera-paciente; identificando el tipo de comunicación que requiere cada paciente, de acuerdo con sus condiciones de salud. En este sentido debe fortalecer sus habilidades en comunicación no verbal con el paciente.

Se recomienda realizar investigaciones para conocer la perspectiva de los profesionales acerca de la calidad de atención de la Clínica Good Hope, ya que esto permitirá contrastar ambos resultados y tener una conclusión más integral.

Por lo último, se recomienda a la jefatura de Enfermería de la clínica Good Hope fortalecer las habilidades para el cuidado invisible, y dar a conocer los resultados del estudio a los profesionales de Enfermería del Centro Quirúrgico.

REFERENCIAS

- Alves, V., Ferreira, S., y Pimentel, V. (2010). O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Rev. SBPH*, 13 (2): 282-298.
- Alvis C. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm*, 25 (1), 56-68.
- Ascari, A., Neiss, M., Sartori, A., Da Silva, M., Ascari, M., y Galli, B. (2013). Percepções do paciente cirúrgico no período pré-operatório perceptions of surgical patient during preoperative period concerning. *Rev enferm UFPE on line*, 7 (4), 1136-1144.
- Argimón J, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 4ª ed. Madrid (España): Editorial Harcourt. 2013.
- Ariaza, C. (2004). Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. *Medwave*, 4 (2): e2712
- Armella, N., Galván, E., y Rodríguez, M. (2013). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería según el nivel de formación académica desde la perspectiva del usuario internado en el servicio de cirugía general de mujeres*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. pp. 1-49.
- Baggio, M., y Lorenzini, A. (2010). In visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (6), 745-750.
- Barbosa, V., y Radomile, M. (2006). Ansiedade pré-operatória no hospital geral. *Rev Virt Psic Hosp S*, 2 (3), 45-50.
- Bautista, L., Parra, E., Arias, K., Parada, K., Ascanio, K., et al. (2015). Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3º y 4º nivel de atención. *Rev. Cienc. Cuidad*, 12 (1), 105-118.
- Bautista R. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la Escuela Superior de Enfermería Francisco de Paula Santander. *Rev. Aquichan*, 8 (1), 74-84.
- Beltrán, Ó. A. (2006). Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Invest. Educ. Enferm*, 24(2), 144-150.
- Bernal M, Ramírez A, Ramírez G. Percepción de trato digno de usuarias que acuden al servicio de interrupción legal del embarazo (ILE). *Rev. Enferm. Univ. ENEO-UNAM*, 8 (3), 21-27.
- Camio, A., Cintra, F., y Tonussi, J. (1995). Orientações pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial – relato de experiência. *Rev. Brasil Enfermagem. Brasília*, 48, 39-45.

- Cisneros, F. (2002). *Introducción a los modelos y teorías de enfermería*. (Trabajo de investigación). Universidad del Cauca; Colombia.
- Chistóforo, B., Zagonel, I., y Carvalho, D. (2006). Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexao a luz da teoria de Joyce Travelbee. *Rev Cogitare Enfermagem*, 11 (1), 55-60.
- Colegio de Enfermeras (os) del Perú. (2003). *Código de ética y deontología*. Lima-Perú: Comité de Vigilancia Ética y Deontológica. pp. 10-11.
- De la Cuesta, C. (2004). La artesanía del cuidado: Estrategias para cuidar pacientes con demencia avanzada. En: *Cuidado artesanal la invención ante la adversidad*. 3ª. Medellín: Universidad de Antioquia, p.115.
- Durán, M. (2002). Marco epistemológico de la Enfermería. *Rev Aquichan*, II (2), 7-18.
- Fawcett, J. (1992). The metaparadigm of nursing: International in scope and substance”. En K. Krause y P. Astedt-Kurki (Eds.), *International perspectives on nursing: A joing effort to explore nursing internationally*, Finland, Tampere University, Department of Nursing.
- Galvis, M. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid*, 6 (2), 1108-20.
- García, C., Cortés, I. (2012). Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. *Rev. CONAMED*, 17 (1), 18-23.
- García, M., Cárdenas, L., Arana, B., Monroy, A., Hernández, Y., et al. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 20: 74-80.
- Gonzáles, M. (2013). *Percepción del paciente sometido a cirugía oftalmológica acerca del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de cirugía de día en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima-Perú 2013*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. pp. 1-56
- González, C. (2009). *Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente la atención en Salud en Mistrato Risaralda*. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. pp. 1-75
- González, J., y Quintero, D. (2009). *Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de Gineco-obstetricia de una institución de II y III nivel de atención*. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. pp. 1-101
- Gutiérrez, L., y Hernández, S. (2006). Significado del discurso de cuidado del docente en la formación del estudiante frente al acto de cuidado humanizado. *Biblioteca Las Casas*; 3 (1):1-97.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México D.F.: McGraw-Hill/ Interamericana Editores. p.4.

- Herrera, B. (2000). Dimensiones del Cuidado. *Avances en Enfermería*; 16 (1): 1-2.
- Huercanos, I. (2010). El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Las Casas*; 6 (1):1-51
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., y Major, F. (2005). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Larson, P. (1984). Comportamientos de cuidado de la enfermera, percibidos como importantes por los pacientes de cáncer. *ONF*, 11 (6), 46-50.
- Leelaworawut M. (2006). Patients' perceptions of perioperative nursing care quality perceived by patients admitted. *Thailand Songkla Med Journal*, 24 (3), 223-229.
- López, N., Morales, A. (2014). Plan de cuidado de enfermería orientado a la familia del paciente de unidad de cuidado intensivo adultos de la empresa social del estado hospital San Rafael de Tunja. (Tesis de grado). Universidad de La Sabana; Colombia.
- Mayeroff, M. (1971). *A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo*. Brasil: Editora Récord., pp. 33-46.
- Mesa, P. (2000). *Sensación y percepción*. Medellín. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos7/sepe/sepe.shtml>
- Medina, J. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía. pp. 1-307.
- Ministerio de Salud. (2000). *Normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de centro quirúrgico*. pp.3. Lima.
- Müggenburg, M., y Riveros, A. (2012) Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario. Parte I. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 9(1):36-44.
- Ortiz, R. (2004). Satisfacción de los usuarios de 15 Hospitales de Hidalgo, México. *Rev. Esp Salud Pública*, 78 (4), 527-537.
- Parra, P., Bermejo, R., Más, A., Hidalgo, M., Gomis, R. (2012) Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarias. *Gac Sanit*; 26 (2): 159–165.
- Perrando, D., Magrid, B., Castro, C., Martins, D., y Predebon, G. (2011). O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico preoperative preparation on the view of the surgical patient la preparación preoperatoria en la óptica del paciente quirúrgico. *Rev Enfermagem da UFSM*, 1(1), 61-70.
- Prieto, G. (2007). Humanización del cuidado de enfermería. *Rev. Enfermería Universitaria*, 4 (2), 20-25.
- Pueyo, M. (2014). Enfermería en el manejo de los cuidados invisibles: El campo de energía humano. *Medicina Naturista*, 8 (2), 12-18

- Ramírez, C., y Parra, V. (2009). Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av.Enferm*, 29 (1), 97-108.
- Rincón, F. (2005). Reflexiones acerca del cuidado humanizado y su relación con el estrés del cuidador en servicios de salud altamente tecnificados. *Avances en enfermería*, 23 (2), 45-57.
- Rivas, M. (2008) *Procesos cognitivos y aprendizaje significativo*. España: Organización Educativa de la Comunidad de Madrid. pp.1-328.
- Salazar, M., y Maria, A. (2012). Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria. *Rev Cub Enferm*, 28 (4), 495-508.
- Salgado, J., Valenzuela, S., y Sáez, K. (2015). Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. *Ciencia y Enfermería*, 21 (1): 69-79.
- Salud, M. d. (Mayo de 2000). *Normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de centro quirúrgico*. Lima, Perú.
- Silva, J., Ramón, S., Vergaray, S., Palacios, V., Partezani, R. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Rev. Enfermería Universitaria*, 12 (2), 80-87.
- Travelbee J. (1979). *Intervencion em enfermeira psiquiátrica*. Columbia: Carvaja.
- Tineo L. (2008). *Opinión del paciente quirúrgico ambulatorio sobre la atención humanizada que brinda el profesional de enfermería en Sala de Operaciones del Hospital Alberto Sabogal Sologuren EsSalud: Callao, 2008*. (Para optar el título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.pp.1-104
- Villajuan, E. J. (2010). *Nivel de satisfacción del paciente acerca del cuidado enfermero que recibe en el Servicio de Cirugía de Día del HNGAI*. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. pp.1-50
- White, E. (2001). El Ministerio Médico. Recuperado de: [https://egwwritings-a.akamaihd.net/pdf/es_MM\(MM\).pdf](https://egwwritings-a.akamaihd.net/pdf/es_MM(MM).pdf)
- Wolf, Z., Giardino, E., Osborne, P., y Ambrose, M. (1994). *Dimensions of Nurse Caring*. 26 (2): 107-112
- Zepeda Herrera, F. (2008). *Introducción a la psicología*. México: Person.

Anexos

Anexo A. Formulario de consentimiento informado

Consentimiento informado

Mediante este documento, acepto de forma voluntaria participar en la investigación científica: **“Percepción del paciente en la fase transoperatoria sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico en una Clínica Privada de Lima, 2015”**

Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Esta investigación no genera ningún tipo de retribución a los participantes, ni compromiso con la institución que hace parte de dicho estudio.

Fecha: _____

Firma del participante y DNI: _____

Firma del investigador y DNI: _____

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

Estimada(o) Sra. (o):

Buenos días, mi nombre es Poliana Salvanha Santos, soy enfermera que se encuentra realizando mi tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Peruana Unión. La presente encuesta tiene como objetivo dar a conocer la percepción que tiene el paciente sometido a cirugía en el centro quirúrgico de la Clínica Good Hope, sobre el cuidado que brinda la enfermera dentro del dicho servicio. Dicha información es completamente anónima, Por ello le solicito que colabore con el desarrollo de la siguiente encuesta. Le agradezco anticipadamente su valiosa participación.

Instrucciones:

Marque con un aspa los datos que corresponden a usted.
Responder **TODAS** las preguntas por favor.

I. DATOS GENERALES: Colocar una X en el paréntesis según
Corresponda

1. Sexo:

a) Masculino ()

b) Femenino ()

2. Edad:..... años.

3. Grado de instrucción.

a) Analfabeto ()

b) Primaria ()

c) Secundaria ()

d) Superior ()

3. Número de cirugías.

a) Primera ()

b) Segunda ()

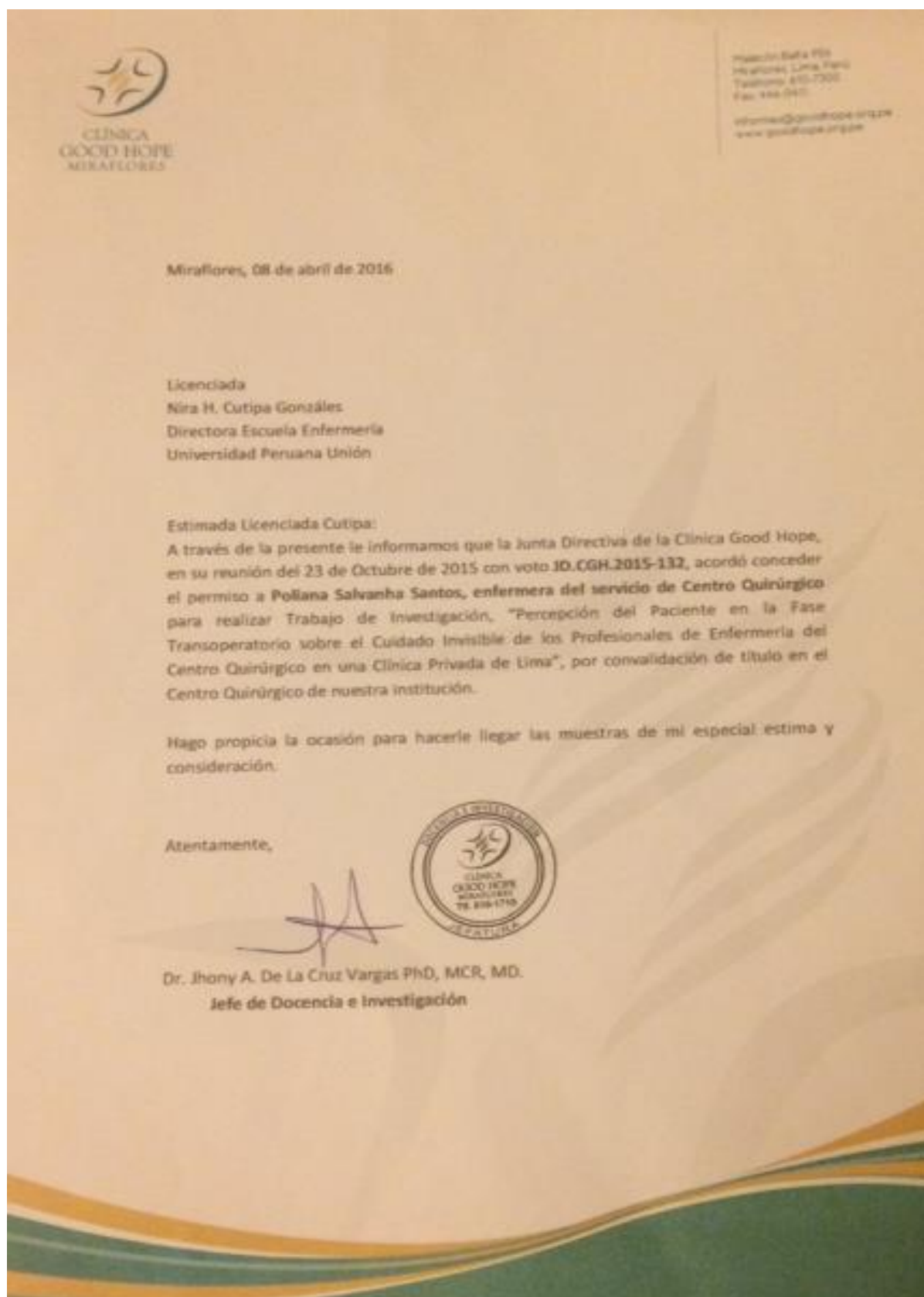
c) Más de dos ()

B.- A continuación se describe las acciones que realiza la enfermera durante su cuidado de enfermería dentro del centro Quirúrgico. Marque con un aspa (X) de acuerdo a su experiencia personal.

ITEMS	nunca	a veces	siempre
TRATO RESPETUOSO			
1. La enfermera lo saludo y lo llamo por su nombre.			
2. La enfermera le dijo su nombre claramente al presentarse.			
3. La enfermera prestaba atención cuando Ud. le estaba hablando.			
TRANQUILIDAD			
4. La enfermera tomó unos minutos para hablar con usted.			
5. La enfermera le ha proporcionado información adecuada de modo que le ha tranquilizado antes de empezar el procedimiento quirúrgico.			
6. La enfermera lo animó a que expresara sus inquietudes, dudas, sentimientos durante su estancia.			
7. La enfermera usó un tono de voz suave.			
RELACION			
8. La enfermera ha sido amable con usted en su ingreso en el centro quirúrgico.			
9. La enfermera fue paciente al hablar con usted.			
10. La enfermera le sonrió al saludarle.			
11. La enfermera, al atenderlo, demostró seguridad y confianza.			
12. La enfermera fue brusca y apresurada para terminar su trabajo.			
13. Cuando usted llamó a la enfermera, ella acudió a su llamado de forma inmediata?			
14. ¿Utilizó la enfermera para dirigirse a usted un lenguaje comprensible?			
15. ¿Se ha sentido acompañado por la enfermera durante su estancia en sala de operaciones?			
16. ¿La enfermera le ha atendido con delicadeza?			
EMPATÍA			
17. ¿La enfermera se ha mostrado atenta por su condición?			
18. ¿La enfermera se ha mostrado interesada por su			

estado de ánimo?			
19. ¿La enfermera estuvo pendiente en la satisfacción de sus necesidades de forma rápida?			
20. La enfermera se ha mostrado solidaria con la situación que está viviendo.			
21. La enfermera comprendía sus dudas, preocupaciones y le ofrecía su ayuda para solucionarlo.			
22. ¿Ha sentido que la enfermera en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted está pasando o ha pasado?			
23. Se ha sentido confortado por la enfermera cuando lo ha necesitado?			
SEGURIDAD- PRIVACIDAD			
24. La enfermera lo trató con respeto, en un ambiente limpio y ordenado.			
25. La enfermera permitió que usted se sienta en un ambiente de confianza y seguridad.			
26. La enfermera cuidó de su intimidad durante la preparación para la cirugía dentro de sala?			
27. ¿La enfermera procuró preservar su intimidad en momentos como el aseo u otros que pudieron resultarle comprometidos o incómodos?			
28. ¿Se sintió usted seguro en la camilla en el transporte a sala de operaciones?			
29. ¿Sintió usted miedo al pasar de la camilla a la cama quirúrgica?			
30. ¿Al finalizar la cirugía se sintió usted seguro al ser trasladado de la cama quirúrgica a la camilla?			
31. ¿Recibió auxilio para trasladarse de la cama quirúrgica a la camilla?			
32. ¿Me sentí abrigado (no sentí frío) al llegar a sala de operaciones?			
33. ¿Me sentí abrigado durante la cirugía?			
34. ¿Me sentí abrigado al salir de sala de operaciones?			

ANEXO C: Carta de autorización del Comité de Ética de la Clínica Good Hope



Anexo D

Validación del instrumento

Confiabilidad: Coeficiente Alfa de Cronbach

El Coeficiente de Alfa de Cronbach sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida. Este coeficiente puede tener valores de 0 a 1, cuando el valor esté más cercano a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

Coeficiente Alfa de Cronbach	Nivel de consistencia
>0.9	Excelente
0.8 - 0.9	Bueno
0.7 - 0.8	Aceptable
0.6 - 0.7	Cuestionable
0.5 - 0.6	Pobre
<0.5	Inaceptable

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad Alfa-Cronbach se utiliza el siguiente procedimiento:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{k}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^k s_j^2}{S_T^2}\right)$$

Donde K = El número de ítems, en este caso es 34.

Luego, para el cálculo de la varianza por cada ítem se utiliza la siguiente fórmula:

$$s_j^2 = \frac{1}{(n-1)} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{X})^2$$

Posteriormente se calcula S_T que es la Varianza del total de puntaje (la misma fórmula pero para el total de puntaje de cada individuo)

Para la columna de respuestas de los ítems se calcula las varianzas, es decir, para las 34 preguntas y también para el total de puntajes de las unidades de estudio. Se

suman las 34 varianzas de los 34 ítems (\sum varianza), este valor se reemplaza en la fórmula, así:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{34}{(34-1)} \left(1 - \frac{8,66}{157,48}\right) = 0.97$$

Debido que el valor de α -Cronbach es 0.97 se considera que el instrumento tiene una excelente validez interna.

De la misma forma como se calculó la consistencia interna del instrumento en general, se procedió para el resto de las dimensiones:

Trato Respetuoso:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{3}{(3-1)} \left(1 - \frac{0,79}{1,94}\right) = 0.89$$

Tranquilidad:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{4}{(4-1)} \left(1 - \frac{1,25}{3,63}\right) = 0.87$$

Relación:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{9}{(9-1)} \left(1 - \frac{2,09}{13,50}\right) = 0.95$$

Empatía:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{7}{(7-1)} \left(1 - \frac{1,92}{9,06}\right) = 0.92$$

Seguridad-Privacidad:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{11}{(11-1)} \left(1 - \frac{2,62}{11,50}\right) = 0.85$$

Para el análisis correspondiente, se tomó una muestra piloto de 20 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.97 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario expresadas en sus diferentes dimensiones (0.89; 0.87; 0.95; 0.92; 0.85) contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno el instrumento de medición es altamente confiable

ANEXO E

Resultados descriptivos

Tabla 3. Dimensión Trato Respetuoso

Trato Respetuoso	nunca		a veces		siempre		total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
La enfermera lo saludó y lo llamo por su nombre.	1	1,1%	14	15,6%	75	83,3%	90	100,0%
La enfermera le dijo su nombre claramente al presentarse.	6	6,7%	14	15,6%	70	77,8%	90	100,0%
La enfermera prestaba atención cuando Ud. le estaba hablando.	1	1,1%	4	4,4%	85	94,4%	90	100,0%

Tabla 4. Dimensión Tranquilidad

Tranquilidad	nunca		a veces		siempre		total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
La enfermera tomó unos minutos para hablar con usted.	3	3,3%	9	10,0%	78	86,7%	90	100,0%
La enfermera le ha proporcionado información adecuada de modo que le ha tranquilizado antes de empezar el procedimiento quirúrgico.	2	2,2%	13	14,4%	75	83,3%	90	100,0%
La enfermera lo animó a que expresara sus inquietudes, dudas, sentimientos durante su estancia.	3	3,3%	25	27,8%	62	68,9%	90	100,0%
La enfermera usó un tono de voz suave.	1	1,1%	3	3,3%	86	95,6%	90	100,0%

Tabla 5. Dimensión Relación

Relación	nunca		a veces		siempre		total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
La enfermera ha sido amable con usted en su ingreso en el centro quirúrgico.	1	1,1%	3	3,3%	86	95,6%	90	100,0%
La enfermera fue paciente al hablar con usted.	1	1,1%	3	3,3%	86	95,6%	90	100,0%
La enfermera le sonrió al saludarle.	1	1,1%	13	14,4%	76	84,4%	90	100,0%
La enfermera, al atenderlo, demostró seguridad y confianza.	1	1,1%	9	10,0%	80	88,9%	90	100,0%
La enfermera es brusca ni apresurada para terminar su trabajo.	82	91,1%	2	2,2%	6	6,7%	90	100,0%
Cuando usted llamó a la enfermera, ella acudió su llamado de forma inmediata?	2	2,2%	18	20,0%	70	77,8%	90	100,0%
¿Utilizó la enfermera para dirigirse a usted un lenguaje comprensible?	3	3,3%	7	7,8%	80	88,9%	90	100,0%
¿Se ha sentido acompañado por la enfermera durante su estancia en sala de operaciones?	3	3,3%	9	10,0%	78	86,7%	90	100,0%
¿La enfermera le ha atendido con delicadeza?	1	1,1%	4	4,4%	85	94,4%	90	100,0%

Tabla 6. Dimensión Empatía

Empatía	nunca		a veces		siempre		total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
¿La enfermera se ha mostrado atenta por su condición?	1	1,1%	9	10,0%	80	88,9%	90	100,0%
¿La enfermera se ha mostrado interesada por su estado de ánimo?	3	3,3%	19	21,1%	68	75,6%	90	100,0%
¿La enfermera estuvo pendiente en la satisfacción de sus necesidades de forma rápida?	0	0,0%	21	23,3%	69	76,7%	90	100,0%
La enfermera se ha mostrado solidaria con la situación que está viviendo.	1	1,1%	19	21,1%	70	77,8%	90	100,0%
La enfermera comprendía sus dudas, preocupaciones y le ofrecía su ayuda para sonarlo.	5	5,6%	16	17,8%	69	76,7%	90	100,0%
¿Ha sentido que la enfermera en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted está pasando o ha pasado?	8	8,9%	33	36,7%	49	54,4%	90	100,0%
Se ha sentido confortado por la enfermera cuando lo ha necesitado?	4	4,4%	20	22,2%	66	73,3%	90	100,0%

Tabla 7. Dimensión Seguridad- Privacidad

Seguridad- Privacidad	nunca		a veces		siempre		total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
La enfermera lo trató con respeto, en un ambiente limpio y ordenado.	1	1,1%	4	4,4%	85	94,4%	90	100,0%
La enfermera permitió que usted se sienta en un ambiente de confianza y seguridad	0	0,0%	7	7,8%	83	92,2%	90	100,0%
La enfermera cuidó de su intimidad durante la preparación para la cirugía dentro de sala?	1	1,1%	12	13,3%	77	85,6%	90	100,0%
¿La enfermera procuró preservar su intimidad en momentos como el aseo u otros que pudieron resultarle comprometidos o incómodos?	0	0,0%	13	14,4%	77	85,6%	90	100,0%
¿Se sintió usted seguro en la camilla en el transporte a sala de operaciones?	0	0,0%	9	10,0%	81	90,0%	90	100,0%
¿Sintió usted miedo al pasar de la camilla a la cama quirúrgica?	20	22,2%	36	40,0%	34	37,8%	90	100,0%
¿Al finalizar la cirugía se sintió usted seguro al ser trasladado de la cama quirúrgica a la camilla?	4	4,4%	17	18,9%	69	76,7%	90	100,0%
¿Recibió auxilio para trasladarse de la cama quirúrgica a la camilla?	4	4,4%	6	6,7%	80	88,9%	90	100,0%
¿Me sentí abrigado (no sentí frío) al llegar a sala de operaciones?	7	7,8%	13	14,4%	70	77,8%	90	100,0%
¿Me sentí abrigado durante la cirugía?	5	5,6%	17	18,9%	68	75,6%	90	100,0%
¿Me sentí abrigado al salir de sala de operaciones?	1	1,1%	16	17,8%	73	81,1%	90	100,0%