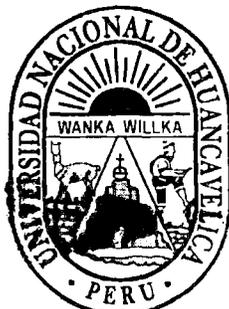


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO (A) EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCABELICA -
2013**

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

HISTORIA Y FILOSOFÍA DE ENFERMERÍA

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

PRESENTADA POR LOS BACHILLERES:

**JURADO APONTE, Melissa
ROJAS CURASMA, Ghina**

**HUANCABELICA - PERÚ
2014**

156



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Ley de Creación N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa, auditorio de la Facultad de Enfermería, a los 07 días del mes de enero del año 2014 a horas 16.00 se reunieron los miembros del Jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

Presidente : Dra. Tereza Hermelinda Cruz Sanchez
 Secretario : Mg. Cesar Cipriano Zea Montesinos
 Vocal : Mg. Arnoldo Virzillo Cepeda Heronani

Designado con Resolución N° 046-2013-COPA-ENF-VRAC-UNH de la tesis titulada: Tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el Barúac y Cirujía y Hospital Departamental de Huancavelica - 2013

Cuyo autor es el (los) graduados (s):
 BACHILLER (ES): Jurado Sponte, melissa

A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de Tesis antes citado.

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto; y, luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

APROBADO POR: Unanimidad

DESAPROBADO

En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.

[Signature]
 Presidente

[Signature]
 Secretario

[Signature]
 Vocal



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Ley de Creación N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa, auditorio de la Facultad de Enfermería, a los 07 días del mes de enero del año 2014 a horas 16:00 se reunieron los miembros del Jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

Presidente : Dra Tarcila Hermelinda Cruz Sánchez
 Secretario : Mg César Cipriano Zea Montesinos
 Vocal : Mg Arnaldo Virgilio Capcha Huamani

Designado con Resolución N° 046-2013-COFA-ENF-VRAC-UNH, de la tesis titulada: Tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero (a) en el servicio de Cirugía Hospital Departamental Huancavelica 2013

Cuyo autor es el (los) graduados (s):
 BACHILLER (ES): Rojas curasma China

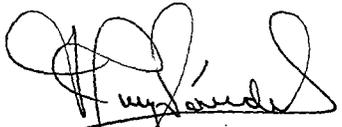
A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de Tesis antes citado.

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto; y, luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

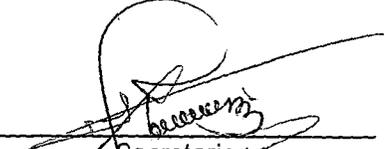
APROBADO POR: Unanimitad

DESAPROBADO

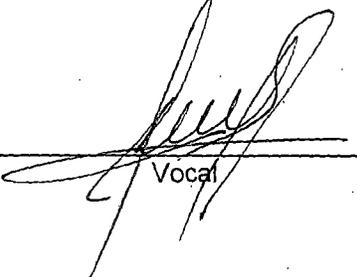
En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.



 Presidente



 Secretario



 Vocal

154

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada Por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA-
2013**

LINEA DE INVESTIGACIÓN

HISTORIA Y FILOSOFIA DE ENFERMERÍA

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA

EN ENFERMERÍA

PRESENTADA POR LOS BACHILLERES:

JURADO APONTE, Melissa

ROJAS CURASMA, Ghina

FECHA DE INICIO : Noviembre del 2012

FECHA DE CULMINACIÓN : Diciembre del 2013

HUANCAMELICA – PERU

2014

153

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Creada Por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGIA - HOSPITAL
DEPARTAMENTAL DE HUANCABELICA- 2013**

**PRESENTADA AL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA Y
COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA.**

APROBADO POR:

Presidente :

Dra. Tarcila Hermelinda Cruz Sánchez

Secretario :

Mg. César Cipriano Zea Montesinos

Vocal :

Mg. Arnaldo Virgilio Capcha Huamaní

HUANCABELICA – PERÚ

2014

152

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada Por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA-
2013**

PRESENTADA AL CENTRO DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE
ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA Y
COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA.

APROBADO POR:

ASESOR:

.....
Alicia Vargas Clemente
Dra. Alicia Vargas Clemente.

HUANCVELICA – PERÚ

2014

v
150

A todas aquellas personas
que me brindaron su apoyo
incondicional durante mi
formación profesional.

MELISSA J. A.

A mis padres por el apoyo
incondicional y a los docentes
por la enseñanza durante mi
formación profesional.

GHINA R. C.

AGRADECIMIENTO

- A los enfermeros (as) del Hospital Departamental de Huancavelica por brindarnos su apoyo durante el desarrollo del trabajo de investigación.
- A los docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica especialmente a los jurados calificadores por el asesoramiento durante la ejecución de la presente investigación.
- A nuestra asesora Dra. Alicia Vargas Clemente, por su apoyo en la elaboración del trabajo de investigación y a las personas que nos apoyaron en el enriquecimiento de contenido durante las etapas de la investigación.
- A nuestros padres por su comprensión y apoyo incondicional durante todo el proceso de la presente investigación.

Nuestros agradecimientos sinceros e infinitos.

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	II
PÁGINA DE JURADOS.....	III
PÁGINA DE ASESORES.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TABLA DE CONTENIDOS.....	VII
INDICE DE TABLAS.....	X
INDICE DE FIGURAS.....	XI
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	XII
RESUMÉN.....	XIII
ABSTRAC.....	XIV
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	11
1.3 OBJETIVOS.....	11
1.4 JUSTIFICACION.....	12
1.5 DELIMITACIONES.....	13
CAPITULO II.....	14
MARCO DE REFERENCIAS.....	14
2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	14
2.2 MARCO TEORICO.....	21
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	40
2.4 DEFINICION DE TERMINOS.....	57

2.5 HIPOTESIS.....	58
2.6 VARIABLES.....	58
2.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	59
CAPITULO III	63
MARCO METODOLOGICO.....	63
3.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	63
3.2 NIVEL DE INVESTIGACION.....	64
3.3 METODO DE INVESTIGACION.....	64
3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	64
3.5 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	64
3.6 POBLACION MUESTREO Y MUESTRA.....	65
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	66
3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	66
3.9 TECNICA Y PROCESAMIENTO DE ANALISIS DE DATOS.....	67
3.10 AMBITO DE ESTUDIO.....	67
CAPITULO IV.....	69
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	69
4.1 DESCRIPCION E INTERPRETACIÓN DE DATOS (Estadística Descriptiva).....	69
4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS (Estadística Inferencial).....	78
4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	83
CONCLUSIONES.....	89
RECOMENDACIONES.....	91
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	92
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA	94
ANEXOS	
ANEXO N° 01: Matriz de Consistencia.....	A
ANEXO N° 02:Instrumentos de Recolección de Datos.....	B
ANEXO N° 03:Validez de los Instrumentos de Recoleccion de Datos.C	

ANEXO N° 04: Tablas y Figuras.....D
ANEXO N° 05: Imágenes (Fotos).....E
ANEXO N° 05: Artículo Científico.....F

ÍNDICE DE TABLA

	Pág.
Tabla N°01 Tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero en el servicio de cirugía en un turno diurno- Hospital Departamental de Huancavelica 2013.....	70
Tabla N°02 Tiempo de dedicación en promedio al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero en el servicio de cirugía en un turno diurno - Hospital Departamental de Huancavelica 2013.....	72
Tabla N°03 Tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero en el servicio de cirugía en un turno diurno - Hospital Departamental de Huancavelica 2013.....	74
Tabla N°04 Tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero en el servicio de cirugía en un turno diurno - Hospital Departamental de Huancavelica 2013.....	76

ÍNDICE DE FIGURA

	Pág.
Figura N°01 Tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero en el servicio de cirugía en un turno diurno - Hospital Departamental de Huancavelica	70
Figura N°02 Tiempo de dedicación en promedio al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero en el servicio de cirugía en un turno diurno - Hospital Departamental de Huancavelica 2013.....	72
Figura N°03Tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero en el servicio de cirugía en un turno diurno - Hospital Departamental 2013.....	74
Figura N°04Tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero en el servicio de cirugía en un turno diurno - Hospital Departamental de Huancavelica – 2013.....	76

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

EKG: Electrocardiograma

FC: Factores de cuidados.

MINSA: Ministerio de salud

MOF: Manual de Organizaciones y Funciones

ROF: Rol de organizaciones y Funciones

PCC: Proceso de caritas de cuidados.

SIS: seguro integral de salud.

OMS: Organización mundial de salud.

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de determinar el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica. Departamental de Huancavelica – 2013

El tipo de investigación es observacional, Nivel de investigación descriptivo, método de investigación General: análisis y síntesis. Diseño de investigación: no experimental, Transversal, y descriptivo. Como población se tomó a todos los licenciados en enfermería que laboran el servicio de cirugía. Para determinar el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a), se utilizó una guía de observación.

El tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica es en promedio de 8.61 horas, que corresponde a un 71.8%, el tiempo de dedicación al cuidado directo es en promedio de 2.86 horas. que corresponde a un 23.9%; el tiempo de dedicación al cuidado indirecto es en promedio de 5.75 horas, que corresponde a un 47.9%, el tiempo que el enfermero emplea a otras actividades en promedio es de 3.39 horas, que equivale a un 28.2%, haciendo un total del 100%, del turno diurno de 12 horas.

Palabra clave: Dedicación, hospitalizado, cuidado.

ABSTRACT

The research was conducted in order to determine the time dedicated to inpatient care by nurses (a) in the surgery department of Huancavelica Department Hospital. Department of Huancavelica - 2013

The research is observational, descriptive level research General research method: analysis and synthesis. Research design: nonexperimental, Transversal, descriptive. As people at all it took graduates who work in nursing service surgery.

The time dedicated to inpatient care by nurses (a) in the surgery department of Huancavelica Department Hospital is on average 8.61 hours, which corresponds to 71.8%., The time devoted to direct care is on average 2.86 hours. corresponding to 23.9%, the time devoted to indirect care is on average 5.75 hours, which corresponds to 47.9%, the time nurses employed in other activities on average is 3.39 hours, which equates to a 28.2% , making a total of 100%, the 12-hour day shift.

Keyword: Dedication, inpatient care

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta a continuación se centró en una investigación rigurosa, debido a que los cuidados de enfermería tienen especial importancia en la hospitalización ya que constituye un medio eficaz para la rehabilitación y reincorporación a la sociedad de la persona. Los cuidados de Enfermería en esta búsqueda permanente de responder a las necesidades de los pacientes, han existido desde siempre y por ello es necesario seguir profundizando nuevas alternativas que permitan un mejor cuidado y consolidación de estrategia tanto de prevención y promoción con medidas terapéuticas orientadas al bienestar de las personas. Se destaca que a pesar de que la enfermera es el profesional más cercano al enfermo y es quien debería estarlo cuidando, son raras las situaciones en la que la vemos poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en su formación, dedicándose casi exclusivamente a las actividades burocráticas, a la documentación y exhibiendo un trabajo mecanizado desprovisto de cualquier elemento humanitario que enfoque al enfermero como persona. Muchas veces no se tiene una idea clara acerca del tiempo exacto que le dedica el enfermero(a) a sus pacientes, por lo tanto mediante esta investigación se pretendió determinar el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, de acuerdo a los resultados obtenidos, luego de una rigurosa investigación el tiempo que otorga el enfermero(a) al cuidado de sus pacientes es de 8.61 horas aproximadamente. Tiempo al cuidado directo de 2.86 horas, cuidado indirecto de 5.75 horas aproximadamente. Y 3.39 horas, destina a realizar otras actividades. (Toma de alimentos, aseo personal, uso de servicios higiénicos, etc.), Watson, refleja que el cuidado directo se considera como un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales. Igualmente se puede señalar,

que el cuidado ocurre en aquellas situaciones donde hay disminución y/o pérdida de la autonomía de la persona para poder hacerlo por sí mismo. Las autoras de del presente estudio apoyan esta posición, la cual exige a la enfermera debe asumir actitudes favorables que demuestren preocupación por el estado de salud de la persona enferma, en este caso hospitalizada. Tales actitudes favorables se traducen en tiempo de dedicación hacia la persona enferma y su familia.

Para efectos de presentación el informe final se encuentra organizado en capítulos: CAPITULO I – Planteamiento del problema, CAPITULO II – Marco de referencias, CAPITULO III - Marco Metodológico, CAPÍTULO IV –Presentación de resultados.

Las Autoras.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El cuidado de enfermería en sus diferentes dimensiones dentro de un proceso de interacción, se basa fundamentalmente en las necesidades biopsicosociales, culturales y espirituales del paciente.

Dentro del cuidado integral de enfermería se brinda las siguientes áreas, de acuerdo al Art 5, del reglamento de la ley del trabajo de la enfermera (o), decreto supremo N° 004-2002-SA. Área asistencial: Mediante la interacción enfermera(o) - usuario, determinando e implementando los cuidados que aseguren el proceso de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud en todos los servicios intra – extra hospitalarios y en los que sean necesarios. **Área administrativa, área de investigación, y área docente.**

Conociendo las diferentes áreas y funciones que realiza el enfermero, es necesario resaltar que hoy en día, el área administrativa es un proceso de una serie de etapas que debe cumplirse en los servicios de hospitalización, la cual demanda de mucho tiempo, mientras el área asistencial donde el enfermero realiza los cuidados propiamente dicho. El tiempo que esté dedica es muy poco, dedicándose casi exclusivamente a las actividades burocráticas.

Escobar (2010) refiere que existen imprecisiones sobre el inicio de comportamientos de cuidados diferenciados entre los seres humanos. De manera informal el cuidado se inicia o se expresa de dos maneras: como una forma de sobrevivir y como una expresión de interés y cariño. La primera forma se observa en todas las especies y sexos: hombres, mujeres, plantas y animales pero que en los humanos, por su capacidad de razonar, lo priorizan y sofistican con el tiempo. La segunda forma se observa solo en los humanos a través del lenguaje para comunicarse con los otros en su propio beneficio, aunque tristemente no está ocurriendo así. Concluye la teorista Waldow que el modo de expresar el cuidado, es decir, la demostración de interés y de afecto. Un salto histórico indica que los cuidados existen desde el inicio mismo de la vida, para su preservación y que el hombre, al igual que los demás seres vivos, siempre ha requerido de los cuidados porque como lo expresa la teorista, cuidar es un acto de vida cuyo objeto es, primero y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo luchar contra la muerte del individuo, del grupo y de la especie. Clarificando que durante miles de años, esos cuidados no eran considerados ni como oficio ni como actividades de una profesión. Por otra parte, a pesar de ser imprecisa, parece útil definir Enfermería como un arte de cuidar basado en las necesidades individuales. A partir del cual en los temas de Enfermería

y su naturaleza, aparece como función sustantiva, el cuidado de las personas sanas o enfermas, pero que en la práctica no se veía claridad al utilizar como sinónimos cuidar, asistir y atender o atención.

Consejo Regional de enfermería de Sao Paulo (2010) en un estudio sobre los desafíos de Enfermería para humanizar el cuidado realizado en **Sao Paulo, Brasil**, se destaca que a pesar de que la enfermera es el profesional más cercano al enfermo y es quien debería estarlo cuidando, son raras las situaciones en la que le vemos poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en su formación, dedicándose casi exclusivamente a las actividades burocráticas y exhibiendo un trabajo mecanizado desprovisto de cualquier elemento humanitario que enfoque el enfermo como individuo. Entre los factores que inciden en que el trabajo de los profesionales de la salud y de Enfermería sea cada vez más distante de lo que pareciera ser las más humana de las profesiones de salud, encontramos un cuidar frío en condiciones inadecuadas para el ejercicio de la actividad, bajos salarios, necesidad de trabajar en dos o tres sitios diferentes, equipos escasos y desfasados, equipos reducidos provocando exceso de trabajo, pareciendo que el ideal es sólo en las escuelas y facultades junto con los sueños del estudiante, aunado a que la profesión de Enfermería se ha convertido en un terreno fértil para aquellos que sin ninguna vocación para cuidar, se arriesgan por la profesión con preparación técnica y científica, pero sin la preparación emocional y psicológica.

A manera de ilustración, el **Consejo Regional de Enfermería de Sao Paulo**, realizó un estudio donde se constata que en 82% de las 5 mil instituciones de salud públicas y privadas del estado, el enfermero o enfermera ejerce predominantemente actividades burocráticas en (detrimento) de la asistencia al enfermo, que es delegada a otro personal no profesional. En este trabajo se determinó que de las 6

horas de trabajo diario, el 50% del total se relacionaban con el área administrativa, el 33% con actividades de supervisión y solo el 17% eran acciones relacionadas con el cuidado directo al enfermo, concretamente referido a un recorrido rápido por las salas para constatar superficialmente el estado del enfermo y hacer algunas preguntas sobre ellos, dejando atrás la imagen de profesional de Enfermería que muchas como Nightingale mostraron. La descripción anterior es parecida a la situación de la Enfermería venezolana añadiéndole además que por el escaso personal de enfermeras en las áreas hospitalarias se recurre al familiar y se le incorpora en el cuidado del enfermo.

En los diferentes hospitales del Perú, el profesional de enfermería dedica mayor tiempo a la parte administrativa donde: Recibe turno de su colega saliente a los pies de la cama del paciente, informándose de la condición general de este y novedades ocurridas durante las doce horas. anteriores manteniendo la continuidad del plan de cuidados del paciente, pasa visita con los médicos a cargo de paciente según éstos lo requieran informando novedades obtenidas en la entrega de turno, realiza la valoración sistemática y continua del paciente a su cargo, elabora el plan de cuidados y atención de enfermería de acuerdo a las necesidades detectadas, establece prioridad de atención y la informa al personal a su cargo, realizar y controlar los registros de enfermería a través de las anotaciones de enfermería kardex, cuaderno de reporte de enfermería, censos, inscripción de ingreso y alta de los pacientes en libro de registro paciente hospitalizado, registro de actividades diarias de enfermería, fólder de referencia.

Realizar coordinaciones con diferentes órganos como Departamento de enfermería, oficina SIS, departamento de pediatría, servicio social,

nutrición, emergencia, consultorio, vigilancia, limpieza, servicios generales, laboratorio, programar la atención que requiera el paciente y necesidades del servicio, solicitar pedido dieta de los pacientes, disponer de material e insumos médicos necesarios para la atención del paciente y el cumplimiento de normas de bioseguridad, solicitar el pedido de materiales de escritorio, insumos médicos y otros al servicio de almacén. Asimismo, de formatos de hojas correspondientes a historias clínicas, procedimiento y exámenes a imprenta, elaborar informe mensual, trimestral y anual de actividades de enfermería, así como de indicadores de calidad de atención en Enfermería, realizar informe de consumo mensual de bienes, inventario de ropa y bienes controlar la ropa y bienes, elaboración de la programación del plan de capacitación, supervisa que se cumpla el plan de cuidados y atención de enfermería, entrevista a familiares para obtener datos complementarios del paciente, obtiene información del estado del paciente a través de la revisión periódica de la ficha clínica, exámenes y registros de enfermería, recibe información e indicaciones médicas a través de la visita clínica y la ficha, mantiene la confidencialidad de los datos obtenidos del paciente y del servicio e inculca estos principios éticos al personal a su cargo, mantiene informados a su supervisora, medico y colaboradores de los cambios en el estado del paciente, observando y registrándolos. En la hoja de enfermería, cumple las indicaciones médicas, participar en la elaboración revisión y actualización del MOF y ROF. Analiza los riesgos y complicaciones potenciales del paciente a fin de preverlos, sugiere cambios en el plan de cuidados con evidencia científica que lo apoye. registra todos los procedimientos realizados al paciente durante su turno, supervisa y dirige las actividades asignadas al personal técnico a su cargo, coordina las interconsultas y exámenes dentro y fuera del servicio, mantiene y cumple con los registros en la terapia de Enfermería, controla inventario de equipos. Informa a la Enfermera de continuidad

a cargo del piso, si algún equipo está malo, dejando registro en cuaderno de novedades, aporta información relevante sobre el estado del paciente, aporta y obtiene información sobre traslados, ingresos y egresos, registra las prestaciones e insumos utilizados por el paciente, realiza la hoja de entrega de turno, en los turnos de largo de día hábil junto con la Enfermera de continuidad, entrega turno informando del estado de los pacientes y de novedades ocurridas en su turno de 12 hrs.

En cuanto a la parte asistencial el enfermero realiza la valoración sistemática y continua del paciente a su cargo, elabora el plan de cuidados y atención de enfermería de acuerdo a las necesidades detectadas, verifica la rotulación de vías venosas, sondas y drenajes en el sitio de inserción y terapia de enfermería, cambia vías venosas que pasen las 72 hrs. de instaladas o que estén disfuncionante, revisa que los sueros estén pasando correctamente y que las bajadas estén fechadas correctamente, realiza el ingreso y egreso de Enfermería, cumple las indicaciones médica, realiza la toma de exámenes de laboratorio y ECG, supervisa las tareas delegadas al personal técnico a su cargo, analiza los riesgos y complicaciones potenciales del paciente a fin de preverlos, informa en forma oportuna las complicaciones que presente el paciente al médico de turno y cumple las indicaciones que este deje en la terapia clínica de manera de restablecer la condición inicial del paciente rápidamente, realiza técnicas y procedimientos de enfermería: curaciones, instalación de vías venosas, administración de medicamentos endovenosos y subcutáneos, colocación de sondas, toma de exámenes, etc. cumpliendo los protocolos que para ellos tiene el servicio, informa y educa al paciente y familia de los cuidados, evalúa signos vitales y condición general del paciente, administrar soluciones de medicamentos por bomba de infusión registrando en terapia dilución,

inicio de infusión y variaciones en el goteo, entrega turno informando del estado de los pacientes y de novedades ocurridas en su turno de 12 hrs.

En el Hospital Alberto Sabogal Sologuren (2011) durante las prácticas clínicas realizadas en los diferentes servicios así como: de cirugía, medicina, traumatología y neurocirugía durante el turno de la mañana, en el reporte de enfermería el tiempo que dedica a cada paciente como promedio es 4 a 5 minutos. Se realiza control de funciones vitales 6 minutos aproximadamente por cada paciente. Durante la visita médica el personal de enfermería realiza las anotaciones en el kardex, posibles altas del paciente, exámenes complementarios. Seguidamente, prepara la administración de medicamentos según lo indicado en el turno, realiza curación de vías cambios de volutrol aproximadamente en cada paciente 3 minutos a 4 minutos, terminado esa actividad, el enfermero se dirige al star de enfermería a realizar sus notas, para la entrega del turno. En la observación realizada se pudo constatar que el enfermero(a), dedica poco tiempo al cuidado del paciente, brindándole un tiempo mayor a otras actividades.

Frente a la observación realizada por las investigadoras en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica (2012), durante el turno mañana se pudo observar la presencia de 12 pacientes en condición estable, teniendo como responsable de dicho servicio a dos enfermeros, las actividades que realizaron los profesionales de enfermería fueron los siguientes: recibieron el reporte de enfermería al pie de la cama de cada paciente, con un tiempo aproximado de 3 minutos a 4 minutos, por cada paciente, en promedio. A continuación realizaron el control de funciones vitales en un tiempo de 5 a 7 minutos aproximadamente por cada paciente,

seguidamente el enfermero prepara las historias clínicas en cada ambiente, los diferentes formatos que se utilizaran durante la visita médica, el enfermero realiza las anotaciones en el kardex de las nuevas órdenes medicas, en un tiempo promedio de 7 a 8 minutos. posibles altas del paciente, y exámenes complementarios. Luego el enfermero realiza la curación y cambio de catéteres. En un tiempo de 3 a 5 minutos por paciente. Retiro de sonda nasogastrica o vesical. El enfermero se dirige al estar de enfermería para realizar las coordinaciones y pedido de dietas. En tiempo de 3 minutos aproximadamente.

Continuando con la administración de medicamentos, el tiempo que el enfermero dedicaba a cada paciente era de 7 minutos aproximadamente y así también verificando el goteo y la permeabilidad de las vías. Terminado la administración de medicamentos el enfermero se dirige al ambiente correspondiente para la realización de la documentación, Tales como notas de enfermería, hoja de balance hídrico, grafico de funciones vitales, llenado de hoja del estado del paciente, cuaderno de reporte de enfermería, censo diario, en un tiempo de 31 a 33 minutos aproximadamente por paciente. etc. destinando el mayor tiempo a la parte documentaria. Llegándose a la conclusión de que el tiempo que dedica el enfermero(a) al cuidado indirecto es mayor en relación al cuidado directo del paciente. Obteniendo los siguientes resultados de dicha observación. Cuidado indirecto en un 55%, el cuidado directo en un 30% y un 15 % a otras actividades personales.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PREGUNTA GENERAL

¿Cuál es el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía - Hospital Departamental de Huancavelica - 2013?

1.2.2. PREGUNTA ESPECÍFICA

¿Cuál es el tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía - Hospital Departamental de Huancavelica - 2013?

¿Cuál es el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía - Hospital Departamental de Huancavelica - 2013?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía - Hospital Departamental de Huancavelica - 2013

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Controlar el tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía - Hospital Departamental de Huancavelica - 2013

- Controlar el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía - Hospital Departamental de Huancavelica - 2013

1.4. JUSTIFICACIÓN

La satisfacción del usuario depende en gran parte del cuidado y la calidad de atención que brinda el equipo de salud, especialmente el profesional de enfermería. Y a su vez la calidad del cuidado de Enfermería está orientada a satisfacer las necesidades en forma integral en el ser humano. Por ello, el cuidado humano de enfermería tiene como objetivo primordial proporcionar el mayor grado de bienestar al enfermo, entendiendo como bienestar la sensación global de satisfacción o alivio de las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales que puede experimentar el paciente de forma importante. En tanto que el personal de enfermería tiene un papel fundamental en el cuidado humano de enfermería, permitiendo que se logre en gran medida los cuidados integrales propios que amerita un paciente. En las últimas décadas, el perfil de los pacientes en hospitales y clínicas ha cambiado, habiendo un mayor número de pacientes, con mayor comorbilidad por patologías crónicas y que presentan mayor gravedad de su patología aguda, lo que comporta un mayor impacto en la necesidad de cuidados de enfermería. No existe un método estándar que se utilice para medir la gravedad de la enfermedad y la intensidad de cuidados en los pacientes por el enfermero (a) por esta razón que el incremento del ratio enfermera-paciente ha sido recomendado como una significativa mejora en la seguridad del paciente. Sin embargo, el costo efectividad de incrementar el número de enfermeras es controvertido. Una amplia gama de investigaciones sobre este tema ha encontrado una asociación entre los niveles más bajos de dotación de personal de enfermería y tasas más altas de algunos resultados adversos para el paciente. Muchos de estos estudios sugieren que el incremento del ratio de enfermera-paciente en los hospitales está asociado con la reducción de la mortalidad, la estancia hospitalaria y complicaciones. Al margen que este punto



pueda ser una necesidad en algunos centros, cabe primero plantearse la necesidad de reducir ineficiencias y el rediseño de los procesos de atención, orientándolos al incremento de las horas de dedicación de la enfermera a la atención directa del paciente. Hay estudios que han comprobado que la dedicación a la atención directa realizada al paciente (actividades llevadas a cabo en presencia del paciente y su familia, tales como exploración física, evaluación del paciente, administración de tratamientos y procedimientos) se ha vinculado como el tipo de cuidados que juega un papel más relevante en los resultados conseguidos en los pacientes. Para que con esta investigación se pretenda mejorar la proporción de tiempo que las enfermeras pasan en contacto directo con los pacientes. El estudio busca determinar el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero, la relación que existe entre el Cuidado que proporciona las Enfermeras, a los pacientes hospitalizados y la evaluación del desempeño, con las cuales el paciente se sentirá mucho mejor y pueda así restablecer su salud en el menor tiempo posible. Igualmente, los resultados obtenidos podrán servir como marco referencial para futuras investigaciones relacionadas con el tema tratado, incrementando así el acervo de conocimientos en la profesión de Enfermería.

1.5. DELIMITACIONES

Delimitación temporal. El presente trabajo se realizó durante los meses de noviembre del 2012 a diciembre del 2013.

Delimitación espacial. El lugar donde se desarrolló la investigación fue en el Hospital Departamental de Huancavelica.

Delimitación de unidad de estudio. Los datos fueron obtenidos de los licenciados en enfermería del Hospital Departamental de Huancavelica.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA:

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

A nivel internacional

1. Torres (2006) en su investigación "Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano". El enfoque de enfermería como capital humano permite reafirmar que en las funciones de esta profesión no sólo se debe tener en cuenta conocimientos y capacidades técnicas, si no también el desarrollo de valores éticos, culturales, humanos y solidarios. La enfermería en su tránsito de vocación a profesión atravesó por diversas etapas sucesivas sobre la base de la práctica social y en la búsqueda de su cuerpo de conocimientos se han construido conceptos y teorías para describirla y explicarla, en los cuales aparece como elemento central la definición de sus funciones. Según los conceptos y teorías de enfermería reconocidas hasta hoy la principal función de la profesión es cuidar, entendido como encargarse de la protección, el bienestar o

mantenimiento de la salud de las personas, familias o grupos, de lo cual deriva la dimensión asistencial de las funciones y para lograr la integralidad de estos profesionales se incluyen la dimensión administrativa, docente e investigativa. Estas cuatro dimensiones fueron utilizadas en esta investigación en coincidencia de la autora con estos términos. El algoritmo metodológico para darle salida a la investigación se considera transformador en cuanto a la definición de funciones pues este se basó en las leyes de la dialéctica, por su crecimiento en espiral, el carácter participativo y la verificación en la práctica, que además lo hace transferible de ser utilizado en otras profesiones. Los perfiles profesionales, las funciones del personal de enfermería según el nivel de formación, las técnicas asistenciales y la descripción de cargos y plazas que los mismos pueden ocupar, se presentan por primera vez en el país como el resultado de una investigación científica. Constituye éste un producto para el perfeccionamiento de la gestión administrativa, pues ofrece una mayor objetividad para la toma de decisiones en la organización del trabajo y en los equipos de salud, así como una mejor orientación a los profesionales de enfermería en su desempeño. Esta definición de funciones que se presenta supera cuantitativa y cualitativamente a las realizadas con anterioridad en el país, y ha sido oportuna para las transformaciones que han ocurrido en el último quinquenio para enfermería nacional y además responden a las estrategias regionales de la profesión. En la ejecución de la investigación predominó el uso de técnicas cualitativas, como fueron la revisión documental, la consulta a expertos, en este caso a dos grupos diferentes, uno que fungió como comité de experto y el otro con el cual se aplicó el método Delphi, y por último la técnica de observación que se empleó para la verificación en la práctica. Participaron en calidad de expertos 83 personas, de ellos 49 licenciados de enfermería y 34 médicos y

como observadores 160 profesionales de enfermería. Se aplicó además una técnica cuantitativa, la encuesta, para explorar criterios del personal de salud en los servicios a 460 enfermeras/os (276 licenciadas y 184 técnicas) 350 médicos y 20 psicólogos/as. Se cumplió con las consideraciones éticas establecidas para la realización de investigaciones, tales como: anonimato, confidencialidad, consentimiento y voluntariedad, a partir de la previa concertación y negociación con las personas que participaron en la misma. Para la realización de las observaciones, se obtuvo el consentimiento informado de las personas incluidas en el estudio según los servicios seleccionados, se recogió el dato primario mediante los instrumentos de observación que fueron enviados en sobre cerrado a la investigadora para su introducción en las bases de datos. Se confeccionó un informe que fue entregado a la Dirección Nacional de Enfermería con el fin de que estos fueran utilizados en beneficio del personal de enfermería en general y en particular de los propios observados. Los resultados de la investigación han sido utilizados en los actuales documentos rectores de la carrera de enfermería, tanto para el diseño del nuevo modelo pedagógico, como en su perfeccionamiento continuo. También se han empleado en las modificaciones del Reglamento Hospitalario, el Programa de Atención Integral a la Familia y en resoluciones ministeriales relacionadas con el salario y el trabajo de enfermería en el país.

2. Manrique (2011) en su estudio "Relación de ayuda entre la enfermera administradora y la enfermera de atención directa" refiere que la Relación de ayuda sirve de marco para el desarrollo del cuidado humano no solo hacia el paciente sino también entre el personal de enfermería. El presente estudio, está enmarcado en la línea de investigación Procesos Administrativos aplicados al

Cuidado de Enfermería, línea correspondiente al área Administración en Salud perteneciente al Departamento Enfermería en Salud Integral del Adulto de la Escuela de Enfermería. La cual tiene como propósito determinar el nivel de relación de ayuda que existe entre la enfermera administradora y la enfermera de atención directa en sus factores orientación, cooperación y retroalimentación. El diseño de investigación es de campo, descriptivo y de corte transversal y se realizó en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde de Naguanagua, Estado Carabobo, y la población estuvo constituida por las enfermeras de atención directa del área de emergencia y hospitalización (medicina y cirugía) que laboran en los diferentes turnos (mañana, tarde y noche) y la muestra fue de 25 enfermeras que representaban el 50% de la población. Para la recolección de datos se elaboró un instrumento tipo cuestionario contentivo de 30 ítems con alternativas de respuestas ordenadas en escala tipo Lickert con cinco categorías de respuestas: 5.- Siempre, 4.- Casi siempre, 3.- Algunas veces, 2.- Casi Nunca y 1.- Nunca. Está estructurada en dos partes la primera relacionada con los datos demográficos, la segunda se refiere a la variable en estudio. Para la confiabilidad de este instrumento se utilizó el alfa de confiabilidad interna de Cronbach, cuyo resultado fue 0,90 confiable. Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizó estadística descriptiva mediante la frecuencia absoluta y relativa de los valores obtenidos dando como resultado que el 77.6% de los elementos muestrales nunca reciben orientación, el 71.9% nunca tienen colaboración y 63.9% nunca reciben retroalimentación, lo que traduce un Nivel Bajo de Relación de Ayuda entre la Enfermera Administradora y la Enfermera de Atención Directa

A NIVEL NACIONAL

1. Hernández (2009) en su investigación "Satisfacción del cuidado enfermero del usuario con insuficiencia renal. Piura, 2009" refiere que su investigación es de naturaleza cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, se realizó con un universo muestral de sesenta y dos usuarios(as) que asistieron al servicio de hemodiálisis del Hospital II Jorge Reátegui Delgado – Es Salud - Piura, durante el mes de junio del 2009, tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción del cuidado brindado por la enfermera en forma global y según dimensiones biológica, emocional, espiritual y social. El instrumento utilizado fue la escala de satisfacción del cuidado de enfermería brindado por la enfermera a los usuarios con insuficiencia renal; la técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista. Analizados los resultados se obtuvieron las siguientes conclusiones: La mayoría de usuarios con insuficiencia renal presentaron nivel alto de satisfacción del cuidado brindado por la enfermera, tanto a nivel global así como en las dimensiones biológica, emocional y social, mientras que en la dimensión espiritual presentaron un nivel bajo de satisfacción del cuidado brindado por la enfermera.
2. Milla (2010) en su trabajo de investigación "Tiempo empleado por la enfermera en la ejecución de los procedimientos más frecuentes en el cuidado de paciente crítico en el Servicio de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2010" refiere que su propósito de su tesis fue determinar el tiempo promedio empleado en la ejecución de los procedimientos más frecuentes en el cuidado del paciente crítico. Material y método: El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las enfermeras(os) que laboran en el servicio de emergencia de

adultos y la muestra fue de 26 enfermeras. La técnica fue la observación y el instrumento la lista de cotejo y el cronometro. Resultados: el tiempo promedio en aspiración de secreciones en pacientes críticos, 26.9 % (7) enfermeras realizan la atención en un tiempo promedio entre 9.53 y 11.03 minutos. El tiempo promedio de inserción de catéter venoso periférico 42.3 por ciento (11) es un tiempo promedio entre 8.86 y 10.36 minutos, el tiempo promedio del baño en cama en paciente crítico, 30.7 por ciento (8), lo realiza en un tiempo promedio entre 18.07 y 19.57 minutos. Conclusión: el tiempo promedio en los tres procedimientos en la aspiración de secreciones es 10.28 minutos, en la inserción de catéter venoso periférico es de 9.61 minutos y de baño en cama es 18.82 minutos. La suma total de los tiempos procedimientos en la atención por paciente crítico es de 38.71 minutos.

A NIVEL LOCAL:

1. Antezana y Cayllahua (2012) en su investigación "Cuidado humanizado de enfermería en hospitales de la localidad de Huancavelica - 2012". El cuidado es la esencia de enfermería, el cual esta constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar a la humanidad. Ayudando a la persona a hallar su significado a la enfermedad, sufrimiento y dolor.

El cuidado integral de enfermería son capacidades, actitudes y conocimientos específicos caracterizados por una comprensión integral compleja del ser humano, es darse cuenta de la existencia del otro y construir el cuidado a una vivencia satisfactoria para quien lo recibe, para quien la brinda, esto conlleva a un esfuerzo adicional para los enfermeros en su

102

compromiso de trabajar por la salud de la población, ya que tienen como grupo profesional, la responsabilidad de exigir que los cuidados de enfermería sean llevados a cabo por el personal calificado, de manera segura, dentro de los límites establecidos por los marcos legales enfermería que conduzcan a la satisfacción tanto a los usuarios(as) internas y externas. Para encontrar los antecedentes de estudio se hizo la revisión bibliográfica, internacional, nacional y local, encontrándose trabajos de investigación referentes al tema de estudio que tiene relación indirecta con el problema de investigación.

En Huancavelica la visión biomédica de la atención en salud en la cual se realizan los cuidados de enfermería, es lo que ha llevado a las enfermeras a una sobrecarga de trabajo de tipo biomédico y a labores en forma mecanizada, determinando que su trabajo se torne "invisible" en los campos clínicos. En tal virtud el presente trabajo nos permitió optimizar y mejorar la calidad del cuidado humanizado de enfermería, dando prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo. Por otro lado permitirá identificar las debilidades que presentan los profesionales de enfermería en cuanto al cuidado que brindan al paciente. Método general inductivo- deductivo, tipo descriptiva aplicada, nivel descriptivo, técnica que utilizo encuesta y guía de entrevista. Diseño de investigación, no experimental, transeccional y descriptiva. Se tomo a la población, pacientes de los hospitales de la localidad, 82 en total, con una muestra de 62 pacientes que se tomaron de los servicios de medicina y cirugía. De los resultados, con respecto al cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería a nivel de los hospitales de Huancavelica se obtuvo los siguientes resultados; de los 62 pacientes, el 48.4% (30) percibieron un cuidado humanizado regular, el 27.4% (17)

asumen un cuidado deficiente, mientras el 24.2%(15), un cuidado bueno. Lo que indica, que existe un cuidado humanizado regular por parte del profesional de enfermería.

2.2. MARCO TEORICO:

2.2.1. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO”

Watson (2011) reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería. Por lo expuesto, es que este artículo se centralizará en el pensamiento y evolución de la teoría de Watson, los postulados centrales de su teoría y su aplicación en diferentes contextos. De este modo, las autoras desafían a los lectores a repensar la disciplina y la praxis, como parte sentida y valorada, desde las ciencias humanas de los cuidados en nuestra comunidad de enfermería, lo que implica una transformación de nuestro ser y nuestras prácticas.

Watson (2011) Los cuidados en nuestra cultura y tiempos históricos actuales necesitan una fuerte reconsideración hacia la humanización de la salud, en la que los cuidados se sitúan ética y profesionalmente, pero que están en una tensión con los discursos dominantes, a saber: la tecnología, la enfermedad y la práctica basada en la evidencia; visiones en donde la enfermería y sus practicantes no aclaran aún por cuál corriente optar o cómo intentar convivir con ellas.

Nos situamos además en un mundo globalizado, pluricultural y secular donde la negación del otro se ha transformado en una práctica cotidiana. Las enfermeras/os no estamos ajenas/os a ello, es por esta razón que teoristas como Watson son vigentes y oportunas para que podamos reflexionar y repensar nuestras formas de conducirnos en el trabajo diario. Esperamos que este artículo ayude a iluminar sobre la importancia trascendente de los cuidados y la necesidad de un cambio paradigmático, una apertura a lo posible, basándonos en Watson y su trabajo meticuloso, profundo y acabado sobre lo que los cuidados significan, tanto para la humanización de la praxis de enfermería como para su colectivo profesional.

A) UNA VISIÓN DE LA FILOSOFÍA Y TEORÍA DE WATSON

Basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (FC), los que serán examinados. En primer lugar, los supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación:

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el

cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.

- El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.
- La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad.

Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.

En segundo lugar expondremos los diez Factores Caritativos (FC) que después Watson denomina Proceso Caritas de Cuidados (PCC), que corresponde a una extensión de los anteriores, pero ofrece un lenguaje más fluido para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas. Así se expondrá una síntesis de los originales FC y su transformación luego al PCC, puntualizando sobre su marco conceptual para facilitar la comprensión de los cuidados de enfermería como la ciencia del cuidar. Estos son:

1. "Formación humanista-altruista en un sistema de valores", se convierte luego en la "práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente". Watson asume que el "día a día" de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral. Si bien la formación de cada uno en la infancia y juventud temprana está marcada por el contexto socio-cultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático. Es importante una acabada reflexión sobre el propio desarrollo moral, ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente. De esta forma la introspección debería formar parte de nuestras prácticas diarias, tal como lo constituye, por ejemplo, la meditación para otras culturas. Es útil así la meditación, la reflexión y la

terapia en caso necesario, así como el desarrollo de aptitudes artísticas que ayuden al profesional a encontrarse consigo mismo. Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, pero sin olvidar que los conocimientos científicos por sí solos no ayudarán a la relación con otros. Por esto, un paciente no es un personaje sobre el cual es factible escribir en primera persona, es un ser humano libre que debe narrar su propia biografía.

Watson otorga gran importancia a la formación en ciencias humanas, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos. No es posible elegir sólo cuidar a aquellos que concuerdan con nuestro sistema de valores, raza, clase social, generación, etc. Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos. El cuidado amoroso con la ecuanimidad, esto requiere de un desarrollo evolutivo moral, no sólo de un desarrollo del conocimiento.

2. "Incorporación de la fe - esperanza", se convierte luego en "Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado". Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos. De

este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantención de la salud. Esto proviene de una costumbre arcaica, ya que en muchas culturas la fe y la sanación eran resorte del mismo oficiante; sucede así, por ejemplo, en las comunidades indígenas, y así es como actualmente se intenta incorporar sus propios rituales. Particularmente en Chile, en la asistencia del parto de miembros de la comunidad Aymará, o en EE.UU, donde a los miembros ortodoxos de la comunidad judía se les permiten los alimentos kosher. Entonces, y de acuerdo al viejo aforismo, "no siempre es factible curar, pero siempre cuidar", la fe no necesariamente logrará la curación; pero siempre estará asociada al cuidado.

3. "El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros" será redactado más tarde como "El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión". Para Watson el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando éstos no son positivos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros. Por otra parte, se tiende a proteger al paciente de

sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos.

Las conductas de evitación también tienden a ser habituales, como el temor a enfrentarse al paciente que va a morir, la aprensión a contestar preguntas, y enfrentar situaciones de duelo y dolor. Todas estas situaciones están presentes en el día a día de la labor de enfermería. Es por ello que el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia, y Watson destaca que esta sensibilidad se ve reforzada por la formación valórica. El cultivar un desarrollo evolutivo moral debe ser tan importante como mantenerse al día en las técnicas y conocimientos, como asimismo la apertura a desarrollar sentimientos como la fe y esperanza. El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor.

4. "El desarrollo de una relación de ayuda y confianza". El cuidar la relación humana se convierte en "Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza". Una relación de cuidado depende de los factores de cuidados enunciados anteriormente. Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las

enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual "contestador telefónico", ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias. Este es un proceso de auto aprendizaje, en el que la introspección es fundamental.

La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu. A modo de ejemplo: muchas veces en el cuidado de un paciente grave, que no está consciente y no puede ejercer autonomía en relación a sus funciones corporales, la certeza que es un cuerpo ajeno, pero el cuerpo de una persona, ayudará a no cosificarlo y a respetarlo como tal.

5. "La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos". Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un "estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida". Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son "una ventana por la cual se visualiza el alma". Es

ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la misma información son bastante diferentes, esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo, por ejemplo, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado.

6. "El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial" se convierte en: "el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia'. Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería. Esto es importante, porque la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas. El mal uso de los formatos impide visualizar la profundidad del fondo, cuando se realizan mecánicamente, esto es relevante pues (en último

término) es lo que distingue a un técnico de un profesional. El proceso de enfermería (un instrumento que aún se utiliza y que está abocado a diagnosticar las necesidades de los pacientes y a programar las acciones para darles solución, como asimismo a la evaluación de estas acciones), se suele convertir en un proceso mecánico, que normalmente no está centrado en el paciente sino en la patología. Si se agrega a esto un deficiente profesionalismo, en el sentido de no ser reconocidos por el colectivo social como auténticos profesionales y con auto-percepción de sacrificio y sumisión, puede desembocar en una posición rígida, auto-controlada, y autodestructiva, lo que daña profundamente al propio practicante y dificulta la relación terapéutica. El no delimitar el campo propio de realización de enfermería y referirlo a un campo biomédico no hacen posible la autonomía y la creatividad.

Según Watson, para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen, adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía. Para esto el instrumento privilegiado es la investigación, el aprendizaje, la apertura a nuevas estrategias de cuidados, establecer correcciones a las teorías existentes y elaborar nuevas. En resumen, es vital desarrollar un marco de conocimientos respecto al cuidado.

7. "La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal". Luego deriva a: "Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro". Este factor de cuidado

es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, Watson considera que la educación que se brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar. Dicha información no se apropia de un sello que la distinga de otros modos de obtenerla, como por ejemplo a través de los medios de comunicación, donde también se brinda educación en salud, periódicamente. La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida. La educación en salud persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas. La información es un componente de la educación, pero no el todo. Si bien se han dado importantes pasos en este rubro, no es menos cierto que por escasez de tiempo, o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos.

El cuidado supone el brindarlo en base a las necesidades sentidas de los usuarios/pacientes/clientes. Una actitud efectiva de cuidado, por tanto, supone un conocimiento de lo que los individuos necesitan. Personalizar los

cuidados es, en buenas cuentas, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población. La generalización tiende a neutralizar los sujetos, a masificarlos y, además, a no obtener buenos resultados.

8. "La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural se convierte en: "creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz". Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

9. "La asistencia con la gratificación de necesidades humanas". Las que posteriormente llama: "La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger". Las necesidades humanas están estratificadas. De acuerdo a Watson, el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o

necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación. En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo-actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal.

Watson acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también interactivo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

10. "El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales". Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: "se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos..." La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades".

Los diez factores expuestos por Watson ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que si bien una enfermera/o, puede ayudar al otro a resolver problemas y promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle la salud. La enfermera, entonces, como acota Watson, es responsable de ofrecer condiciones para que el paciente/ usuario resuelva sus propios predicamentos. Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida, y esto es válido para los individuos enfermeras/os, ya que confrontan su forma de estar en el mundo ante un evento que es la enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad.

Momento de cuidado. Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana - humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y

auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente. La ocasión del cuidado en últimas permite el descubrimiento de sí mismo.

B) Supuestos de Watson relacionados con los valores del cuidado

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.
3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.
4. En principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos a sí mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.
5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería – la esencia de la enfermería-.

7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.
10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.
11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación. Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relatadas en los procesos de cuidado humano. Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el "fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia"

C) Elementos del Cuidado de Watson:

1. Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.
2. Infundir fe-esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda - confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.

104

6. Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional de las enfermeras como "criadas de los médicos". El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado.
7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Éste es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación.
8. Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.
9. Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad

se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior.

10. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás.

2.2.2. TEORIA DEL MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES

Peplau (2002) La salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del proceso interpersonal. Peplau, basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana. La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de procesos la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para

reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermera y paciente: Orientación, identificación, explotación, y resolución. En la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional. La enfermera, en colaboración con el paciente y con todos los miembros del equipo profesional, se ocupa de recoger información, de reforzar y esclarecer lo que otras personas han comunicado al paciente y de identificarlos problemas. En la fase de identificación el paciente comienza a responder en forma selectiva a las personas que parecen ofrecerle la ayuda necesaria. En este momento, el enfermo puede explorar y expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema, y las observaciones de la enfermera pueden servir para aclarar las expectativas del paciente respecto a la enfermera, y las expectativas de la enfermera sobre la capacidad de un paciente determinado para manejar su problema. La explotación” de la relación se refiere a tratar de aprovechar esta el máximo para obtener del cambio los mayores beneficios posibles.

2.3. MARCO CONCEPTUAL:

2.3.1 ORÍGENES DE “CUIDAR” EN GRECIA Y ROMA.

Gasull (2005) La raíces del termino cuidar las podemos encontrar tanto en la literatura como en la mitología y filosofía antigua. En escritos de la antigua Roma se observa la utilización de forma ambigua del término cura (cuidar) en sus dos significados fundamentales y opuestos. Por un lado, el cuidar

lol

significaba preocupación, angustia o ansiedad, o sea, concebían el cuidar como una carga y por otro lado, era el proporcionar atención a los otros pero con una connotación positiva, como una atenta diligencia o dedicación. En el denominado mundo antiguo los mitos tuvieron una gran importancia y una de sus principales funciones era, mediante viejas narrativas, hacer posible al pueblo la comprensión del sentido de sus experiencias respecto a características de la vida humana. Es de destacar la existencia del mito de cuidar. Según Warren Thomas Reich, la lucha entre los sentidos opuestos del cuidar como una carga y cuidar como una preocupación, así como la gran importancia dada al cuidado del ser humano, fueron unos elementos que tuvieron una gran influencia en el mito Greco-Romano llamado "Care". Se puede considerar que este mito ha influenciado en la idea de cuidar expresada posteriormente en la literatura, Filosofía, psicología y ética a través de los siglos. Reich defiende que en este mito el significado de la palabra "Cuidar" refleja el sentido estoico de una inspiración, una atenta preocupación que justifica el lado positivo de cuidar que se podría considerar como el sentido profundo del "Mito del Cuidar". Así mismo el lado positivo del cuidar dominante en el mito nos indica que el principal papel del cuidar es proteger y ocuparse íntegramente de lo humano. El "Mito del Cuidar" expresa el sentido de cómo el cuidar es el centro de lo que significa ser humano y sobrevivir como ser humano. Al mismo tiempo, el mito también nos habla acerca de las raíces del poder: el hecho que

el mito del primer ser humano no recibe el nombre del más poderoso de los dioses y diosas sugiere que los verdaderos cuidados solícitos protegen a los humanos del poder opresivo y manipulador. También el mito sugiere que el género humano como un todo social es transportado dentro del mundo y sustentado por los cuidados. El "Mito del Cuidar" ha tenido una gran influencia a lo largo de la historia. Prominentes filósofos modernos dedicados a la bioética se han basado en las imágenes alegóricas del género humano expresadas en el "Mito del Cuidar" que nos muestra que la característica principal del cuidar, la necesidad de afecto, está presente tanto en los orígenes de la vida humana como a lo largo de su desarrollo. Igualmente la psicología moderna nos enseña que aquellos que han sido cuidados desde el nacimiento (imagen expresada en este mito) pueden desarrollar el poder nutritivo (nurturing) para uno mismo y para los otros mediante un cuidado solícito.

A) El cuidar desde la filosofía moderna:

Goethe (1976), citado por Gasull (2005) escribió La idea del mito de cuidar reaparece con gran fuerza en el siglo XVIII y a principios del XIX en la obra de Goethe en su famoso Fausto, en donde el Dr. Fausto comprometido en la búsqueda de la razón de la ciencia, también quiere ser cuidado-libre, es decir, libre de las ansiedades perturbadoras de cuidar. Según Reich, para Goethe, el cuidar en sus aspectos fundamentales se relaciona con la condición humana por lo que puede ser la llave de

nuestra salvación moral como lo era para Fausto. En contraste con la tendencia actual de asociar el cuidar exclusivamente con dedicación o entrega, Goethe nos ofrece un nuevo sentido político del cuidar, el problema para Fausto es si los cuidados solícitos se deben mostrar como una costumbre. Como resultado, Goethe nos muestra que el cuidar tiene importantes implicaciones en la filosofía política.

Heidegger (1927) Citado por Gasull (2005) escribió las diferencias de Heidegger y Kierkegaard que concibe el cuidar o preocupación como una manera individual, subjetiva y psicológica, Heidegger utiliza el término cuidar en un nivel abstracto y ontológico para describir la estructura básica del yo humano. A pesar de la insistencia manifestada por Heidegger de que no se había centrado en los aspectos concretos y prácticos del cuidar, tales como preocupación o nutrición (crianza), sino en el significado moral existencial del cuidar, en sus escritos desarrolla algunas ideas que proporcionan instrumentos útiles para poner en práctica la ética del cuidar. Según Reich, el interés de Heidegger fue mostrar cómo el cuidar es imprescindible para comprender el yo humano. Mediante su filosofía nos justifica la necesidad de la experiencia psicológica del cuidar y considera el cuidar como unidad, autenticidad y totalidad del yo. En síntesis, Heidegger afirma que nosotros somos cuidados, y que cuidar es lo que nosotros llamamos ser humano. Como en el mundo

romano, para él, el cuidar tiene un doble sentido, el de ansiedad y el de preocupación.

Mayeroff (1971), citado por Gasull (2005), escribió proporciona una detallada descripción y explicación de las experiencias del cuidar y de ser cuidado por otro. A pesar de incorporar en su filosofía del cuidar varios conceptos ya mencionados a lo largo de la historia, el concibe el cuidar desde una perspectiva más personal. Así mismo nos muestra algunas de las características de cuidar y nos propone que el cuidar podría ayudarnos a comprender mejor e integrar más efectivamente nuestras vidas. Cuidar del otro, según Mayeroff, es ayudarle a crecer, tanto si este otro es una persona, una idea, un ideal, un trabajo de arte o una comunidad. Ayudar a otras personas a crecer también representa animarlos y asistirlos para que puedan ser cuidados por alguna cosa o por otra persona aparte de nosotros mismos. El cuidar, dice Mayeroff, es primariamente un proceso que implica dedicación, confianza, paciencia, humildad, honestidad, conocimiento del otro, respetar la primacía del proceso, esperanza y coraje. En la visión de Mayeroff los valores morales son inherentes en el proceso de cuidar y crecimiento. **Françoise Collière** afirma que toda persona a lo largo de su vida siempre ha tenido necesidad de otra persona que tuviera cuidado de ella y añade "cuidar es un acto indispensable no sólo para la vida de los individuos sino también para la perennidad de todo grupo humano". Igualmente considera que el

concepto de cuidar es difícil ya que las prácticas cuidadoras que nos permiten comprender mejor los cuidados enfermeros representan un sujeto amplio y de gran complejidad, que tiene un carácter universal y multidimensional a pesar de que se singularice en cada cultura, en cada sistema económico, en cada situación. Otra autora, Anne Davis nos habla de la rica diversidad cultural del mundo y el fenómeno de la globalización y su influencia dentro del concepto de cuidar. Nos advierte de la dificultad de la traducción del término cuidar a otras lenguas pudiendo tener otros significados que el de la lengua inglesa en la que el cuidar como base del pensamiento ético y las acciones de enfermería han sido teóricamente desarrollado. Esta autora, gran conocedora de las diversas culturas de nuestro planeta por haber trabajado en países de diferentes continentes, nos muestra las grandes diferencias de la concepción de cuidar en dos países como Estados Unidos y Japón. Cuando en Estados Unidos, una presencia cuidadora puede significar estar abierto y ser honesto con los pacientes, hablando con ellos acerca de su condición de salud e incluso de su estado de final de su vida, en Japón, puede significar, estar próximo a ciertos temas y actitudes con el objetivo de no revelar información a los pacientes (especialmente ante el final de la vida), manteniendo un medio ambiente tranquilo y no preocupando excesivamente al paciente. En Japón no existe un término para cuidar y cuando las

enfermeras lo describen utilizan otras palabras que se refieren a ciertas virtudes como: bondad, empatía y ser educada. A la dificultad de poder encontrar una definición del término cuidar por su complejidad y especificidad según las diferentes culturas se debe añadir la de determinar como ha de ser la relación con la persona cuidada. Stan van Hooft nos dice que existen dos maneras de representar el concepto del cuidar en enfermería: el "concepto emocional" y el "concepto conductual". El primero enfatiza los sentimientos de preocupación y las relaciones entre la enfermera y el paciente que debería inspirar y motivar la práctica profesional de prestar cuidados, mientras que el segundo se centra en la acción efectiva del profesional en la práctica de cuidar, tanto si está o no motivado por sentimientos de simpatía o buena comunicación.

Kierkegaard citado por Gasull (2005) escribió Fue el primer filósofo que de una manera embrionaria introduce el concepto del cuidado o preocupación. Igualmente justificó y clarificó que el cuidar era un elemento central para la comprensión de la vida humana y la llave de su autenticidad, temas que ya habían sido tratados tanto en el "Mito de Cuidar" como en Goethe. Según Reich, Kierkegaard introduce las nociones de preocupación, interés y cuidar para contrarrestar lo que considera como excesiva objetividad de la filosofía y teología y recupera el sentido y significado individual de la existencia humana que consideraba que la

abstracta filosofía moderna y las categorías universales habían eliminado. Así mismo utiliza el concepto de preocupación para expresar la naturaleza del ser humano y sus elecciones morales; para él los humanos son los seres que tienen un gran interés o preocupación en la existencia. Finalmente Kierkegaard señala que el cuidar de alguien no siempre es un arte amable.

2.3.2 COMPONENTES DEL CUIDADO HUMANO

Mayeroff (2001) describe ocho componentes del cuidado, que no deben faltar en este artículo, pues es necesario que toda persona que pretende brindar cuidados, los conozca y aplique para que realmente el paciente se sienta satisfecho del cuidado recibido así como ella misma. Los principales componentes del cuidado según este autor son: conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje. El autor hace una descripción de cada uno, los cuales se resumirán de la siguiente manera:

- **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 de poder ayudar mejor al otro.

- **Paciencia:** La paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera. Con paciencia, yo doy tiempo y por lo tanto posibilito al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo. La paciencia incluye la tolerancia. La tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento del otro.
- **Sinceridad:** En el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero. Al cuidar de otro, debo ver al otro como él es y no como a mí 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 como él es, debo también verme a mí como yo soy. 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 a 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 y 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 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 que cuidar. La preocupación en saber cuál es el cuidado más valioso me desvía del cuidado.

- **Esperanza:** Existe la esperanza de que el otro crezca a través 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 desespero.
- **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. Es claro que cuanto mayor sea la sensación de lanzarse a lo desconocido, mayor será el coraje exigido para cuidar.

2.3.2 FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA:

- A) **ENFERMERA ASISTENCIAL I** Departamento de enfermería (2008 MOF) Hospital Departamental De Huancavelica.

- Ejecuta la ronda de enfermería para identificar problemas del usuario.
- Establece diagnóstico de enfermería y plan de atención correspondiente.
- Organizar evaluar y ejecutar actividades de acuerdo al plan establecido.
- Observar, analizar y registrar e informar los signos, síntomas y reacciones del paciente.
- Brindar cuidados inmediatos en situaciones de emergencia.
- Participar en el plan de tratamiento médico administrando la terapéutica prescrita y dando apoyo profesional en procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento médico.
- Participar en las visitas médicas. Realizar anotaciones en todas las Historias Clínicas de los pacientes.
- Mantener y fomentar las buenas relaciones humanas con el personal de enfermería y médico para el buen trabajo en equipo.
- Brindar educación sanitaria al paciente y familia.
- Fomentar medidas de bio-seguridad.
- Participar en trabajo de investigación en enfermería y otras disciplinas de salud.
- Participar en el ingreso y egreso del paciente.

- Tiene responsabilidad y control de los equipos y material a su cargo.
- Participar en la elaboración revisión y actualización del Manual de Organización y Funciones.
- Tramitar las transferencias y altas coordinando el retiro voluntario de pacientes, programación a sala de operaciones, interconsultas y otros.
- Coordinar con los servicios de ayuda al diagnóstico para la atención de los pacientes.
- Otras funciones que le asigne el jefe inmediato superior.

B) ENFERMERA I (ASISTENCIAL CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES)

- Ejecuta la ronda de enfermería para identificar problemas del usuario.
- Establece diagnóstico de enfermería y plan de atención correspondiente.
- Organizar, evaluar y ejecutar actividades de acuerdo al plan establecido.
- Observar, analizar, registrar e informar los signos, síntomas y reacciones del paciente en pre y post operación.
- Brindar cuidados inmediatos en situaciones de emergencia.

2.3.3 REGISTROS USUALES EN ENFERMERÍA

La enfermera maneja diversas formas de papelería, de manera que pueden considerarse excesivas. En la actualidad se plantea como evitar el manejo de tantas, lo que sin duda alguna la quita tiempo en la atención directa del paciente. La revisión de registros es importante en la supervisión indirecta, entre las distintas formas que maneja enfermería se tienen las siguientes:

- Hoja gráfica de funciones vitales.
- Hoja de notas de enfermería
- Planes de atención de enfermería.
- Hoja de registros tratamientos (kárdex)
- Hoja de balance de hídrico.
- Cuaderno de diario de pacientes hospitalizados.
- Registro de estado del paciente.
- Tarjetas de identificación del paciente.
- Registro de censo del paciente.

2.3.4 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

CEP (2008) Se concibe como "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable" Expresada de otra forma: "La orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, a la familia y a la comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos.

A. TIPO DE ATENCION DE ENFERMERIA

ATENCION DIRECTA: Debe basarse en las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales,

espirituales del paciente que van a determinar los procedimientos de enfermería necesarios, y las necesidades de enseñanza en salud. Los resultados del proceso de evaluación van a determinar la clasificación de pacientes según el grado I, II, III, IV de Dependencia de Enfermería.

ATENCION INDIRECTA: Son las actividades que desempeña el personal profesional, lejos de la cama del paciente, pero en beneficio de los mismos y para su bienestar, por ejemplo: tareas administrativas, preparación de medicamentos, trámites documentarios, comunicaciones.

B. INDICE DE ATENCION DE ENFERMERIA

Es el tiempo promedio en horas de atención que se brinda a la persona usuaria, en un servicio hospitalario, en un periodo de 24 horas.

C. CUIDADO DE ENFERMERIA SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA

Grado de dependencia: consiste en la categorización de atención, basado en la Valoración de las necesidades de las personas usuarias que permite determinar las horas necesarias para el cuidado de enfermería en un periodo de tiempo. En cualquiera de los sistemas de clasificación, generalmente hay de tres a cinco categorías de atención que van desde un mínimo o autocuidado hasta la terapia intensiva. El número apropiado de categorías para cualquier



situación dependería del grado de precisión requerida y la diversidad de los requisitos de atención de los pacientes. Los Grados de Dependencia que se viene aplicando actualmente en las áreas asistenciales de los establecimientos de salud son:

Grado I o Asistencia Mínima: Se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo, competente con factores de riesgo mínimo, en pre diagnóstico, pre operatorio, convaleciente, deambula, requiere de auto cuidado universal con asistencia de enfermería orientada a la educación en salud y estabilidad Emocional, bajo la supervisión general de la enfermera.

Grado II o Asistencia Parcial: Se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo pero con ciertas limitaciones, mediano nivel de competencia, con factores de riesgo medio, requiere ayuda parcial, con enfermedad crónica compensada, con alteración parcial de las funciones vitales, en pre y post operatorio inmediato en cirugía de baja complejidad, con medicación oral y/o parenteral máximo cada 6 horas, uso de equipos de rehabilitación y confort.

Grado III o Asistencia Intermedia: Referido a la persona con factores de riesgo de prioridad mayor mediana, no participa en su cuidado, crónico inestable, agudo, requiere de valoración continua y monitoreo, alteración significativa de signos vitales, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de mediana complejidad. Puede o no tener usos de aparatos especiales de soporte de la vida.

Grado IV o Asistencia Intensiva: Persona críticamente enfermo, inestable con compromiso multiorgánico severo, con riesgo inminente de su vida o su salud, inconsciente, puede requerir sedación y/o relajación, necesita intervención terapéutica no convencional, con tratamiento quirúrgico especializado, demandante de cuidados de enfermería por personal altamente calificado, requiere valoración, monitoreo y cuidado permanente.

Grado V o asistencia Muy Especializada: Personas sometidas a trasplante de órganos como corazón, hígado, riñón, médula ósea, pulmón, que requieren cuidados muy especializados, en unidades especiales, equipos y tratamiento sofisticado.

- D. CAMA PRESUPUESTADA:** Número de camas que dispone un servicio de acuerdo al presupuesto.

- E. CAMA OCUPADA O CAMA DIA UTILIZADA POR PACIENTE DIA:** Es la cama ocupada por un paciente durante 24 horas.

- F. PORCENTAJE DE OCUPACION:** Relación porcentual entre el total de días cama ocupada o pacientes- días, durante un período y el total de días- cama presupuestada en el mismo período

- G. PROMEDIO DE PERMANENCIA:** Es el total de días de atención prestada a cada paciente egresado durante un período dado (altas y defunciones). Se

obtiene dividiendo el total de pacientes día (total que corresponde a los días de estadía) durante un periodo dado, entre el numero de egresos durante dicho periodo.

H. ESTÁNDAR: Criterio, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Los estándares señalan claramente el comportamiento esperado y deseado en los empleados y son utilizados como guías para evaluar su funcionamiento y lograr el mejoramiento continuo de los servicios. Los estándares requieren ser establecidos con el fin de contar con una referencia que permita identificar oportunamente las variaciones presentadas en el desarrollo de los procesos y aplicar las medidas correctivas necesarias.

I. NORMAS ESPECÍFICAS: SOBRE DOTACION DE PERSONAL:

- El requerimiento del recurso humano de la unidad orgánica de enfermería está basado en un estudio técnico de oferta y demanda de servicios elaborado por enfermería.
- Constituye responsabilidad de la enfermera gestora de la unidad orgánica de enfermería la Planeación, reclutamiento selección de personal, inducción, entrenamiento, distribución, ubicación, del personal considerando el perfil ocupacional.

- El servicio de enfermería prevé en su plan de dotación, enfermera (o) calificada (o) para la supervisión, control y evaluación de la prestación del servicio en los diferentes turnos.
- La asignación de funciones al personal de enfermería está basado en normas técnicas y documentos de gestión teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, carga de trabajo y disponibilidad de personal.
- Las asignaciones de trabajo al personal de enfermería para el cuidado de la Persona, familia y comunidad, considera los criterios de clasificación de atención de personas según grado de dependencia, la capacidad resolutive del establecimiento de salud, la calificación del personal y el área de desempeño.

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **CUIDADO:** Esmero y atención para hacer algo bien.// Acción de cuidar (asistir, guardar, conservar) la salud.
- **CUIDADO DE ENFERMERÍA:** Es el conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda el enfermero temporal o indefinidamente lo requiere para satisfacer las necesidades en sus cinco dimensiones (biosico-social, espiritual y emocional)
- **CUIDADOS DE ENFERMERIA DIRECTOS:** Es la esencia de la Enfermería, la cual se ejecuta a través de una serie de acciones de cuidado dirigidos a otro ser humano o grupos, con afecciones físicas reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el

proceso de enfermedad de manera sincera, llana, sin intermediarios.

- **CUIDADO DE ENFERMERIA INDIRECTO:** Se define como el cuidado que, se brinda al paciente pero lejos de él.
- **TIEMPO DE DEDICACIÓN:** Acción y efecto de dedicar (poner bajo advocación). Inscripción de la dedicación de un edificio. Acción y efecto de dedicarse a una profesión o trabajo.// **dedicación completa** La que ocupa todo el tiempo disponible, con exclusión de cualquier otro trabajo.

2.5 HIPÓTESIS:

2.5.1 Hipótesis general

El tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en turno diurno de 12 horas es menor a 10.2 horas, el resto corresponde a otras actividades. (Consumo de alimentos, higiene, etc.)

2.5.2 Hipótesis específicas

- El tiempo que dedica el enfermero(a) al cuidado directo del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es 3.6 horas.
- El tiempo que dedica el enfermero(a) al cuidado indirecto del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es 6.6 horas.

2.6 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

Variable: Tiempo de dedicación al cuidado.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO	Encaminada a apoyar al individuo en la conservación y el incremento de su salud. Responde al cuidado de las personas enfermas y sanas, es decir, ayudarlas a mantener su salud o recuperar las funciones y capacidades deterioradas por un proceso patológico. teniendo en cuenta el tiempo de	La variable constituye la dedicación frente al cuidado del paciente hospitalizado, que será evaluado mediante la técnica de la observación con el instrumento de una guía de observación.	Tiempo que dedica al Cuidado directo	Tiempo de preparación emocional antes de realización de procedimiento.
				Tiempo de Control de funciones vitales
				tiempo de Administración de medicamento

	dedicación del enfermero(a) en su cuidado del paciente			Tiempo de Colocación de sonda nasogástrica
				Tiempo de retiro de sonda nasogástrica
				Tiempo de Canalización y/o curación de vía periférica
				Tiempo de Colocación de sonda vesical
				Tiempo de Retiro de sonda vesical
				Tiempo que dedica al Cuidado indirecto

				Tiempo que realiza el relleno del kardex del paciente
				Tiempo en que realiza plan de cuidados de enfermería
				Tiempo de registro los signos vitales en la historia clínica.
				Tiempo que realiza las notas de enfermería en la historia clínica.
				Tiempo que realiza las coordinaciones con los demás servicios
				Tiempo que solicita pedido de dieta de los pacientes.
				Tiempo que realiza las anotaciones en el cuaderno de reporte de enfermería.

Tiempo que realiza las anotaciones del censo diario de los pacientes				
Tiempo que realiza las anotaciones en la hoja de estado del paciente				



CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

De Canales, De Alvarado y Pineda, (2004).

Según la intervención del investigador:

Observacional. Porque tiene la ventaja de no depender de terceros lo que ayuda a eliminar los sesgos de los informantes; la observación es de hechos o acontecimientos tal como ocurrieron.

Según la planificación de la toma de datos:

Prospectivo. Porque los datos se recogieron de acuerdo a la observación que realizarán las investigadoras. Los datos fueron planeados, los hechos se registrarán a medida que ocurrieron.

Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio:

Transversal. Porque las variables fueron medidas en una sola ocasión en un momento específico.

Según el marco en que tiene lugar:

De campo o sobre el terreno. Porque la recolección de datos se llevó a cabo en el Hospital Departamental de Huancavelica.

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Hernández, Fernández y Baptista (2010). El presente estudio de investigación arribó hasta un nivel descriptivo, porque buscó especificar las propiedades importantes del enfermero(a) en cuanto al tiempo y cuidado del paciente hospitalizado. Desde el punto de vista cognoscitivo su finalidad fue determinar el tiempo y desde el punto de vista estadístico control y evaluación.

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo. Buscó especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir únicamente pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía. Se utilizó la siguiente técnica.

TÉCNICA: observación directa

➤ **INSTRUMENTO:** guía de observación.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se empleó un diseño no experimental, transversal, descriptivo:

➤ **No experimental**, porque no se manipuló la variable.

➤ **Transversal**, porque se realizó en un momento determinado.

- **Descriptivo**, porque se buscó determinar el tiempo que dedica el enfermero(a) al cuidado del paciente hospitalizado.

Donde:

$$M \text{ ——— } O_Y$$

- M = muestra
- O_Y = observación de la variable de estudio.
- Y = variable "tiempo que dedica el enfermero(a) al cuidado del paciente hospitalizado"

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

POBLACIÓN.- el presente trabajo de investigación tuvo como población a los licenciados(as) en enfermería del servicio cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica. De acuerdo a la programación mensual hacen un total de 10 enfermeros en total.

MUESTRA.- No es necesario, por ser una población pequeña.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Personal profesional licenciados (as) de enfermería que laboran en el servicio de cirugía

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Personal no profesional que labora en el servicio de cirugía técnicos en enfermería.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

para la medición de las variables de estudio se empleó la siguiente técnica:

- Técnica de observación, con su instrumento "guía de observación del tiempo que dedica el enfermero(a) al cuidado del paciente hospitalizado.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

- **Primero.-** Se Validó el instrumento de recolección de datos. Sometiéndose a la evaluación por expertos (validez subjetiva). Se aplicó los instrumentos como prueba piloto (validez objetiva).
- **Segundo.-** Se Coordinó con el Director del Hospital Departamental de Huancavelica para las diferentes actividades en los servicios de hospitalización.
- **Tercero.-** Se coordinó con la jefa de enfermeras del Servicio de cirugía y medicina del Hospital Departamental de Huancavelica para realizar una la observación correspondiente, sin levantar sospechas para no alterar nuestras variables de estudio.
- **Cuarto.-** Se tomó una muestra de 10 enfermeros(as), de los cuales se observó rigurosamente a cada uno de ellos en un turno de 12 horas de 7am – 7pm, durante 7 días.
- **Quinto.-** La observación se hizo en un periodo de 5 días aproximadamente cumpliéndose con la muestra.
- **Sexto.-** Se obtuvo en total 80 guías de observación durante los 5 días de ejecución, siendo esto la cantidad de pacientes hospitalizados durante los turnos.

- **Séptimo.**-Se ordenó los datos recolectados para su procesamiento, análisis e interpretación de los datos.

3.9. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

1. Para la presentación de los datos estadísticos, se aplicó los instrumentos de medición para la variable de estudio la: guía de observación, sobre el tiempo que dedica el enfermero(a) al cuidado del paciente hospitalizado.
2. Se organizó los datos recolectados de las variables de estudio haciendo uso del paquete estadístico Microsoft Office-Microsoft Excel 2010; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cuantitativas.
3. Se mostró la representación de los datos en tablas (simples y de contingencia) y gráficos estadísticos del grupo sujeto de estudio.
4. Para inferir la variable se aplicó la prueba descriptiva.
5. Así mismo se utilizó el análisis descriptivo de los datos obtenidos.

3.10. ÁMBITO DE ESTUDIO.

El ámbito de estudio para la investigación fue en el servicio de cirugía, del Hospital Departamental de Huancavelica que se encuentra ubicado en el sur-este de la ciudad de Huancavelica llamado barrio de Yananaco, en la calle principal, Av. Andrés Avelino Cáceres.

El hospital es un nivel II-2 por lo cual cuenta con el servicio de cirugía que cuenta con 10 profesionales de enfermería, teniendo como jefa de enfermeras a la Lic. Rosario Ruiz Quispe. Según la programación mensual se cuentan: 4 médicos, 13 técnicos en enfermería y 10 licenciados en enfermería. La rotación por día es de dos profesionales de enfermería y dos auxiliares en enfermería.

El turno por enfermero es de acuerdo a la cantidad de pacientes, generalmente se cumple un turno de 12 horas, en el servicio de cirugía se cuenta con 33 camas entre niños y adultos (varones, mujeres). De los cuales la cantidad de pacientes que llegan a hospitalizarse son hasta un número de 30.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística descriptiva)

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación de los instrumentos de medición de el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a). Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso de las técnicas de la estadística descriptiva, tales como: cuadros de resumen simple, gráfico de barras, medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Asimismo, para obtener resultados más fiables, se procesó los datos con los paquetes estadísticos para obtener resultados más fiables, se procesó los datos con los paquetes estadísticos Excel 2010.

4.1.2 RESULTADOS GENERALES DE LA VARIABLE DE ESTUDIO

TABLA N° 01

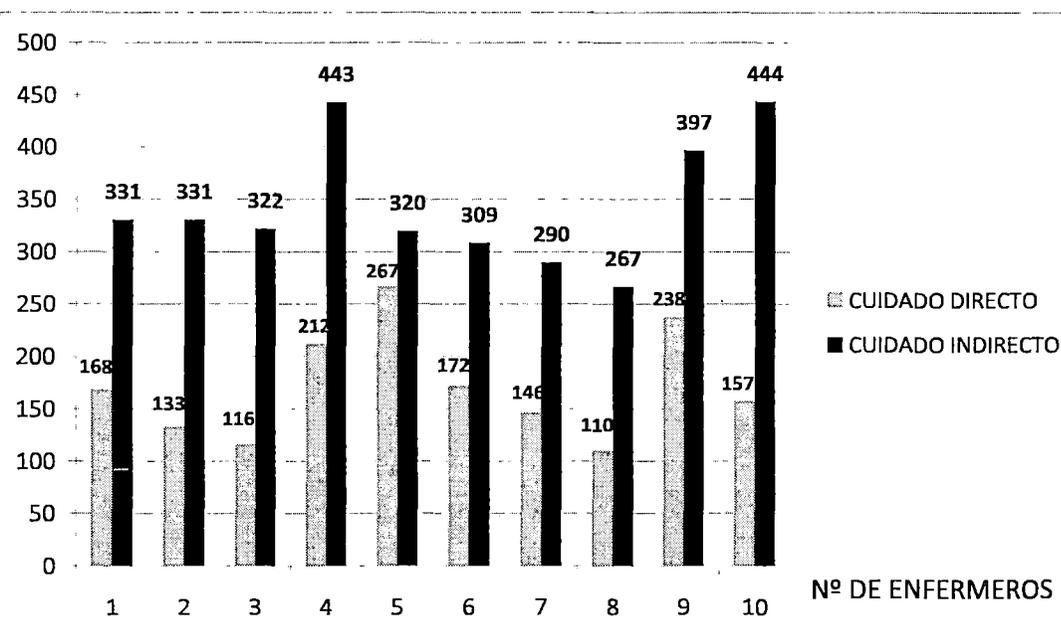
TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR
EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN UN TURNO DIURNO -
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA – 2013

N° ENFERMERO (A)	N° DE PACIENTES ATENDIDOS	CUIDADO DIRECTO / MINUTOS	CUIDADO DIRECTO EN HORAS	CUIDADO INDIRECTO/ MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN HORAS	SUMATORIA EN HORAS
1	6	168	2.8	331	5.5	8.32
2	6	133	2.2	331	5.5	7.87
3	7	116	1.9	322	5.4	7.3
4	14	212	3.5	443	7.4	10.91
5	14	267	4.5	320	5.3	9.78
6	6	172	2.9	309	5.2	8.01
7	6	146	2.4	290	4.8	7.26
8	5	110	1.8	267	4.5	6.28
9	14	238	4.0	397	6.6	10.57
10	14	157	2.6	444	7.4	10.01
PROMEDIO		172	2.86	345	5.75	8.61

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 01

TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR
EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN UN TURNO DIURNO -
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA – 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la tabla N° 13, se observa que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto es mayor en relación al tiempo del cuidado directo del paciente hospitalizado empleado por el enfermero, en un turno de 12 horas. Donde el enfermero de código 5 dedica mayor tiempo de cuidado directo en un tiempo empleado de 267 minutos. El enfermero de código 9 dedica un tiempo de cuidado directo de aproximadamente 238 minutos a sus pacientes. Siendo los licenciados que más tiempo le dedican al cuidado directo. El menor tiempo de cuidado directo corresponde al enfermero con código 8, con un tiempo de 110 minutos. En cuanto al cuidado indirecto el enfermero con código 10 dedica mayor tiempo, con 444 minutos aproximadamente. Y el enfermero con código 8 dedica menor tiempo de cuidado indirecto, con tiempo de 267 minutos aproximadamente a sus pacientes.

TABLA N° 02

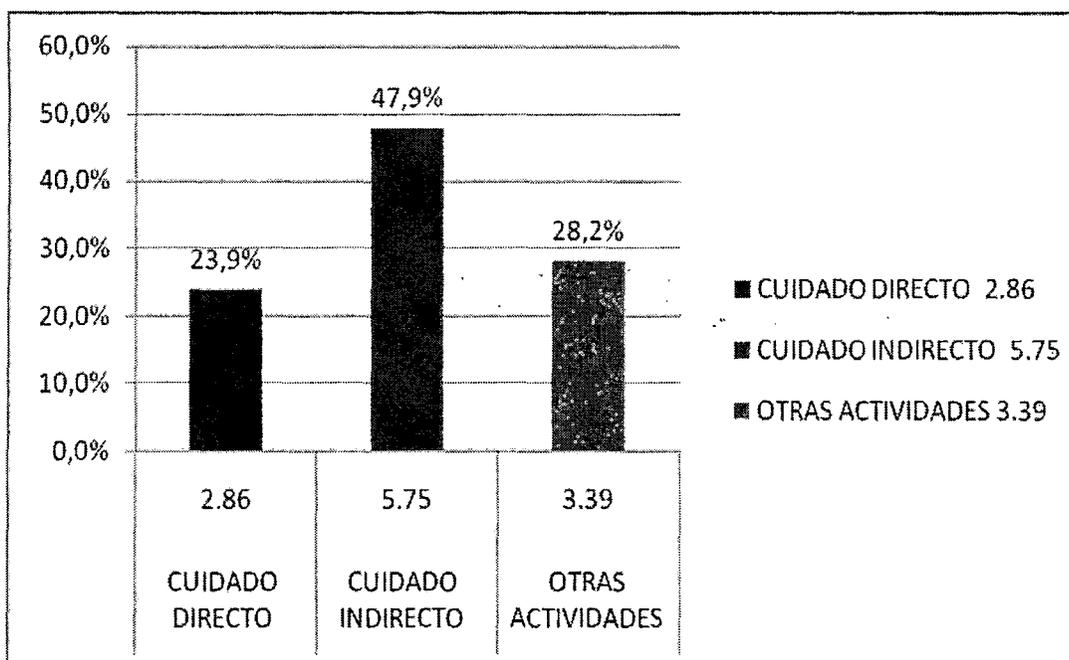
TIEMPO DE DEDICACIÓN EN PROMEDIO AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN UN TURNO DIURNO - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2013

TIEMPO	N° HORAS	pi %
CUIDADO DIRECTO	2.86	23,9%
CUIDADO INDIRECTO	5.75	47,9%
OTRAS ACTIVIDADES	3.39	28,2%
TOTAL	12 horas	100

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 02

TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN UN TURNO DIURNO - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la tabla N° 15, se observa que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto es mayor, en relación al tiempo del cuidado directo, además el tiempo que emplea el enfermero(a) a otras actividades es mayor en relación tiempo del cuidado directo. Un 47.9 % corresponde al tiempo empleado al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por enfermero(a). Seguidamente, un 28,2% corresponde a otras actividades que realiza en enfermero(a). Y por último el 23.9% corresponde al tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado. Concluyéndose que el tiempo de dedicación al cuidado de paciente hospitalizado por el enfermero(a) representa a un 71.8%, mientras el 28.2% es representado por otras actividades, llegando al 100% con las actividades del enfermero. Vale decir que el enfermero(a) emplea un tiempo de 8.61 horas al cuidado de sus pacientes y 3.39 horas a otras actividades, haciendo un total de 12 horas correspondiente a un turno.

TABLA N° 03

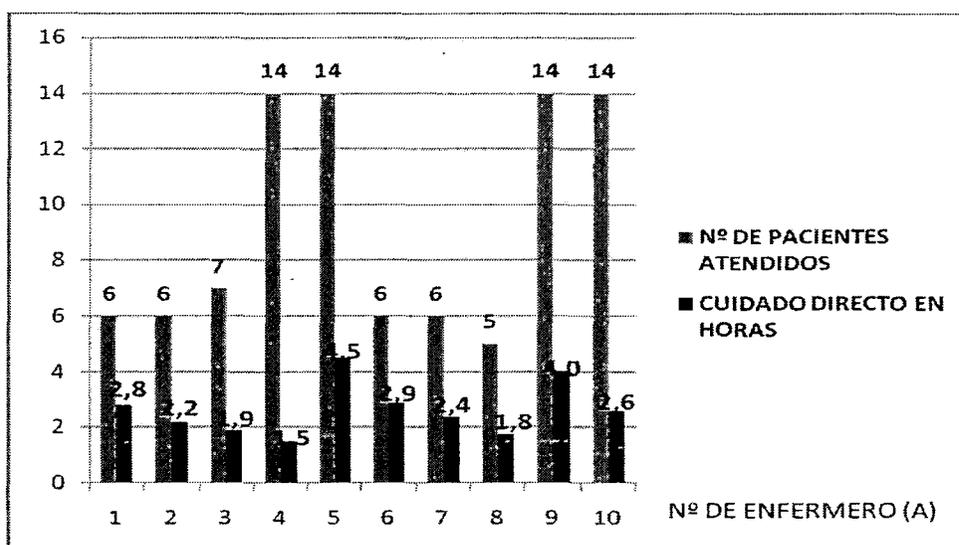
TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DIRECTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN UN TURNO DIURNO - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2013

Nº ENFERMERO (A)	Nº DE PACIENTES ATENDIDOS	CUIDADO DIRECTO / MINUTOS	CUIDADO DIRECTO EN HORAS
1	6	168	2.8
2	6	133	2.2
3	7	116	1.9
4	14	212	3.5
5	14	267	4.5
6	6	172	2.9
7	6	146	2.4
8	5	110	1.8
9	14	238	4
10	14	157	2.6
PROMEDIO		172	2.86

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 13

TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DIRECTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN UN TURNO DIURNO - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la tabla N° 03 se observó el tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a), en minutos y horas. Se observó a un total de 10 enfermeros, cada uno de ellos tuvieron a su cargo un grupo de pacientes. Todos fueron observados en un turno diurno de 12 horas, de los cuales, el enfermero de código 5, con 14 pacientes a su cargo, otorgó un tiempo de cuidado directo. 4.5 horas, y el enfermero de código 8 con 5 pacientes a su cargo otorgó un cuidado directo de 1.8 horas, siendo éste el menor tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía. En promedio el enfermero (a) brinda un tiempo de 2.86 horas de cuidado directo a sus pacientes.

TABLA N° 04

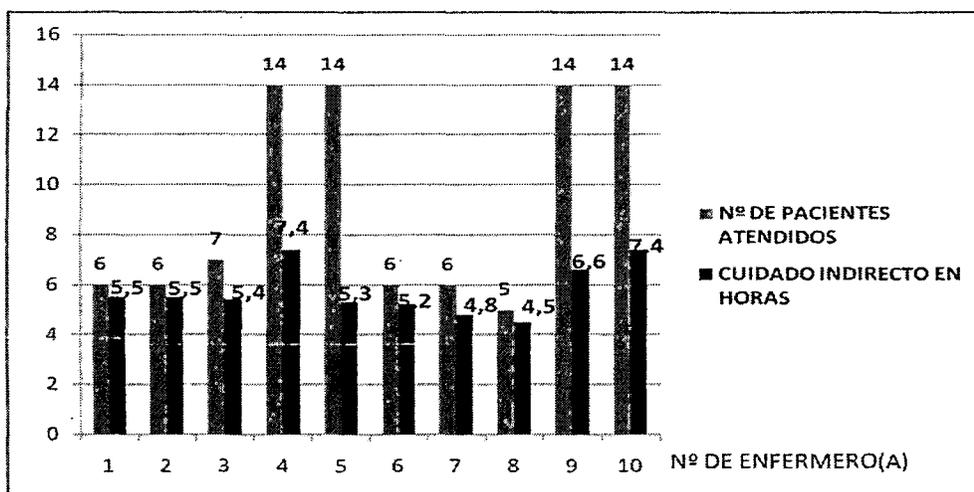
TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO INDIRECTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN UN TURNO DIURNO - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA - 2013

Nº ENFERMERO (A)	Nº DE PACIENTES ATENDIDOS	CUIDADO INDIRECTO/ MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN HORAS
1	6	331	5.5
2	6	331	5.5
3	7	322	5.4
4	14	443	7.4
5	14	320	5.3
6	6	309	5.2
7	6	290	4.8
8	5	267	4.5
9	14	397	6.6
10	14	444	7.4
PROMEDIO		345.4	5.75

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 04

TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO INDIRECTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN UN TURNO DIURNO - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA - 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la tabla N° 04 se observa el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero(a), en minutos y horas. Se observó un total de 10 enfermeros, cada uno de ellos tuvieron a su cargo un grupo de pacientes, todos fueron observados en un turno diurno de 12 horas, de los cuáles el enfermero de código 4, con 14 pacientes a su cargo otorgo un cuidado indirecto de 7.4 horas a la igual que el enfermero de código 10 que también otorgo un cuidado indirecto de 7.4 horas. Y el enfermero de código 8, con 5 pacientes a su cargo brindó un cuidado indirecto de 4. 5 horas a sus pacientes, siendo éste el enfermero que menor tiempo le dedicó a sus pacientes.

4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS (estadística inferencial)

4.2.1 PRUEBA DE HIPOTESIS GENERAL

1. Hipótesis

Hipótesis de investigación

El tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es menor a 10.2 horas

H_i = Número de horas al cuidado de pacientes es $<$ a 10.2 horas

Hipótesis nula

El tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es mayor o igual a 10.2 horas.

H_0 = Numero de horas al cuidado de pacientes es $>$ ó $=$ a 10.2 horas

2. Regla de decisión

- Si: El número de horas al cuidado es $>$ ó $=$ a 10.2 horas, se acepta la hipótesis nula.
- Si: El número de horas al cuidado es $<$ a 10.2 horas, se rechaza la hipótesis nula.

3. Cálculo de tiempo en horas

TIEMPO DEL CUIDADO DEL PACIENTE	X
En horas	8.61 horas

4. Decisión

El tiempo global promedio al cuidado del paciente hospitalizado encontrado es de 8.61 horas; como este valor es menor que 10.2 horas; por tanto **SE RECHAZA** la hipótesis nula

5. Conclusión

Los resultados indican que el tiempo que le dedica el enfermero(a) al cuidado del paciente hospitalizado es de sólo 8.61 horas por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

“El tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno de 12 horas es mayor o igual a 10.2 horas aproximadamente”

4.2.2 PRUEBA DE HIPOTESIS ESPECÍFICA

1. Hipótesis específica N° 01

1. Hipótesis de investigación:

El tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es menor a 3.6 horas.

H_i = Número de horas al cuidado directo es $<$ a 3.6 horas.

Hipótesis nula

El tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es mayor o igual a 3.6 horas.

$H_0 =$ Numero de horas al cuidado de pacientes es $> \text{ ó } =$ a 3.6 horas

2. Regla de decisión

- Si: El número de horas al cuidado directo es $> \text{ ó } =$ a 3.6 horas, se acepta la hipótesis nula.
- Si: El número de horas al cuidado directo es $<$ a 3.6 horas, se rechaza la hipótesis nula.

3. Cálculo de tiempo en horas

TIEMPO DE CUIDADO DIRECTO DEL PACIENTE	X
En horas	2.86 horas

4. Decisión

El tiempo global promedio al cuidado directo del paciente hospitalizado encontrado es de 2.86 horas; como este valor es menor que 3.6 horas; por tanto **SE RECHAZA** la hipótesis nula

5. Conclusión

Los resultados indican que el tiempo que le dedica el enfermero(a) al cuidado directo del paciente hospitalizado es de sólo 2.86 horas por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

“El tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno de 12 horas es mayor o igual a 3.6 horas aproximadamente”

2. Hipótesis específica N° 02

1. Hipótesis de investigación:

El tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es menor a 6.6 horas.

H_i = Número de horas al cuidado directo es $<$ a 6.6 horas.

Hipótesis nula

El tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es mayor o igual a 6.6 horas.

H_0 = Numero de horas al cuidado de pacientes es $>$ ó $=$ a 6.6 horas.

2. Regla de decisión

- Si: El número de horas al cuidado indirecto es $>$ ó $=$ a 6.6 horas, se acepta la hipótesis nula.

- Si: El número de horas al cuidado indirecto es $<$ a 6.6 horas, se rechaza la hipótesis nula.

1. Cálculo de tiempo en horas

TIEMPO DE CUIDADO INDIRECTO DEL PACIENTE	\bar{x}
En horas.	5.75 horas

4. Decisión

El tiempo global promedio al cuidado indirecto del paciente hospitalizado encontrado es de 5.75 horas; como este valor es menor que 6.6 horas; por tanto **SE RECHAZA** la hipótesis nula

5. Conclusión

Los resultados indican que el tiempo que le dedica el enfermero(a) al cuidado indirecto del paciente hospitalizado es de sólo 5.75 horas por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

“El tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno de 12 horas es mayor o igual a 6.6 horas aproximadamente”

4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El tiempo del cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica en el año 2012, durante la observación por las investigadoras resultó, que el tiempo que otorga el enfermero(a) al cuidado de sus pacientes es de 85%, equivalente a 10.2 horas aproximadamente, de los cuales se hizo la dimensión correspondiente entre cuidado directo y cuidado indirecto. Resultando que el tiempo de dedicación al cuidado directo es de un 30%, equivalente a 3.6 horas, y el tiempo al cuidado indirecto a un 55% equivalente a

6.6 horas. El resto del tiempo el enfermero(a) destina a realizar otras actividades tales como; (toma de alimentos, higiene personal, etc.) todo ello, corresponde a un 15% equivalente a 1.8 horas aproximadamente. Todo ello se observó durante las prácticas clínicas.

Durante el proceso de ejecución las investigadoras observaron, que el tiempo de dedicación al cuidado de paciente hospitalizado por el enfermero correspondió a un 71.8% equivalente a 8.61 horas aproximadamente. Tiempo al cuidado directo 23.9% equivalente a 2.86 horas, cuidado indirecto de 47.9% equivalente a 5.75 horas aproximadamente que el enfermero otorga su tiempo. Y un 28.2%, equivalente a 3.39 horas, destina a realizar otras actividades. Concluyéndose. Que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto es

mayor en relación al cuidado directo, tanto en la observación realizada en el 2012 como en la actualidad. De acuerdo a la teoría de Watson el cuidado de enfermería es fundamental para lograr su restablecimiento, desde un punto holístico. Por lo tanto el antecedente de estudio se reafirma con la investigación ejecutada.

Watson (2011) como cuidado humano en la gran mayoría de enfermeros(as) dista de la definición "El cuidado sólo puede ser

demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales". Así mismo para lograr un cuidado directo nos debemos basar en necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales, espirituales del paciente. La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica. Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente. La ocasión del cuidado en últimas permite el descubrimiento de sí mismo. Pero también menciona que se requiere de un tiempo mayor para procedimientos de atención indirecta como son: tareas administrativas, preparación de medicamentos, trámites documentarios, comunicaciones. Para lo cual debe existir una enfermera(o) administrativa(o) para lograr que se incremente el tiempo de atención directa. Los datos obtenidos para la atención general fluctúan de acuerdo a la cantidad de pacientes que cuenta el profesional de enfermería dicho de otra manera a menor pacientes asignados mayor será el tiempo de atención y a mayor pacientes asignados será menor el tiempo de atención conllevando a una relación inversa. Esta relación contrapone a lo que establece el **MINSA 2008** en su documento normativo de las funciones de la enfermera como: Ejecuta la ronda de enfermería para identificar problemas del usuario. Establece diagnóstico de enfermería y plan de atención correspondiente.

Organizar evaluar y ejecutar actividades de acuerdo al plan establecido. Observar, analizar y registrar e informar los signos, síntomas y reacciones del paciente, etc. Deteriorando la calidad de del servicio de enfermería planteado por **Colegio de Enfermeros del Perú (2008)** "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable"

Consejo Regional de enfermería de Sao Paulo (2010) en un estudio sobre los desafíos de Enfermería para humanizar el cuidado realizado en **Sao Paulo, Brasil**, se destaca que a pesar de que la enfermera es el profesional más cercano al enfermo y es quien debería estarlo cuidando, son raras las situaciones en la que le vemos poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en su formación, dedicándose casi exclusivamente a las actividades burocráticas y exhibiendo un trabajo mecanizado desprovisto de cualquier elemento humanitario que enfoque el enfermo como individuo. Entre los factores que inciden en que el trabajo de los profesionales de la salud y de Enfermería sea cada vez más distante de lo que pareciera ser las más humana de las profesiones de salud, encontramos un cuidar frío en condiciones inadecuadas para el ejercicio de la actividad, bajos salarios, necesidad de trabajar en dos o tres sitios diferentes, equipos escasos y desfasados, equipos reducidos provocando exceso de trabajo, pareciendo que el ideal es sólo en las escuelas y facultades junto con los sueños del estudiante, aunado a que la profesión de Enfermería se ha convertido en un terreno fértil para aquellos que sin ninguna vocación para cuidar, se arriesgan por la profesión con preparación técnica y científica, pero sin la preparación emocional y psicológica. A manera de ilustración, **el Consejo Regional de Enfermería de Sao Paulo**, realizó un estudio donde se constata que en 82% de las 5 mil instituciones de salud públicas y privadas del estado, el enfermero o

enfermera ejerce predominantemente actividades burocráticas en (detrimento) de la asistencia al enfermo, que es delegada a otro personal no profesional. En este trabajo se determinó que de las 6 horas de trabajo diario, el 50% del total se relacionaban con el área administrativa, el 33% con actividades de supervisión y solo el 17% eran acciones relacionadas con el cuidado directo al enfermo, concretamente referido a un recorrido rápido por las salas para constatar superficialmente el estado del enfermo y hacer algunas preguntas sobre ellos, dejando atrás la imagen de profesional de Enfermería que muchas como Nightingale mostraron. La descripción anterior es parecida a la situación de la Enfermería venezolana añadiéndole además que por el escaso personal de enfermeras en las áreas hospitalarias se recurre al familiar y se le incorpora en el cuidado del enfermo.

Torres (2006) en su investigación "Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano". El enfoque de enfermería como capital humano permite reafirmar que en las funciones de esta profesión no sólo se debe tener en cuenta conocimientos y capacidades técnicas, si no también el desarrollo de valores éticos, culturales, humanos y solidarios. Según los conceptos y teorías de enfermería reconocidas hasta hoy la principal función de la profesión es cuidar, entendido como encargarse de la protección, el bienestar o mantenimiento de la salud de las personas, familias o grupos.

Milla (2010) en su trabajo de investigación "Tiempo empleado por la enfermera en la ejecución de los procedimientos más frecuentes en el cuidado de paciente crítico en el Servicio de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2010" refiere que su propósito de su tesis fue determinar el tiempo promedio empleado en la ejecución de los procedimientos más frecuentes en el cuidado del paciente crítico. El

tiempo promedio en los tres procedimientos tales como aspiración de secreciones es 10.28 minutos, en la inserción de catéter venoso periférico es de 9.61 minutos y de baño en cama es 18.82 minutos. La suma total de los tiempos procedimientos en la atención por paciente crítico es de 38.71 minutos.

Antezana y Cayllahua (2012) en su investigación "Cuidado humanizado de enfermería en hospitales de la localidad de Huancavelica - 2012". El cuidado es la esencia de enfermería, el cual está constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar a la humanidad. Ayudando a la persona a hallar su significado a la enfermedad, sufrimiento y dolor. El cuidado integral de enfermería son capacidades, actitudes y conocimientos específicos caracterizados por una comprensión integral compleja del ser humano, es darse cuenta de la existencia del otro y construir el cuidado a una vivencia satisfactoria para quien lo recibe, para quien la brinda, esto conlleva a un esfuerzo adicional para los enfermeros en su compromiso de trabajar por la salud de la población, ya que tienen como grupo profesional, la responsabilidad de exigir que los cuidados de enfermería sean llevados a cabo por el personal calificado, de manera segura, dentro de los límites establecidos por los marcos legales enfermería que conduzcan a la satisfacción tanto a los usuarios(as) internas y externas. Para encontrar lo antecedentes de estudio se hizo la revisión bibliográfica, internacional, nacional y local, encontrándose trabajos de investigación referentes al tema de estudio que tiene relación indirecta con el problema de investigación.

En Huancavelica la visión biomédica de la atención en salud en la cual se realizan los cuidados de enfermería, es lo que ha llevado a las enfermeras a una sobrecarga de trabajo de tipo biomédico y a labores en forma mecanizada, determinando que su trabajo se torne "invisible" en los campos clínicos. En tal virtud el presente trabajo nos permitió

optimizar y mejorar la calidad del cuidado humanizado de enfermería, dando prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo. Por otro lado permitirá identificar las debilidades que presentan los profesionales de enfermería en cuanto al cuidado que brindan al paciente. Método general inductivo- deductivo, tipo descriptiva aplicada, nivel descriptivo, técnica que utilizo encuesta y guía de entrevista. Diseño de investigación, no experimental, transeccional y descriptiva. Se tomo a la población, pacientes de los hospitales de la localidad, 82 en total, con una muestra de 62 pacientes que se tomaron de los servicios de medicina y cirugía. De los resultados, con respecto al cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería a nivel de los hospitales de Huancavelica se obtuvo los siguientes resultados; de los 62 pacientes, el 48.4% (30) percibieron un cuidado humanizado regular, el 27.4% (17) asumen un cuidado deficiente, mientras el 24.2%(15), un cuidado bueno. Lo que indica, que existe un cuidado humanizado regular por parte del profesional de enfermería. Tales actitudes favorables se traducen en tiempo de dedicación hacia la persona enferma y su familia. A su vez, debe ser mayor, tal como refiere, **el Consejo Regional de Enfermería de Sao Paulo.**

Las autoras sostienen que en enfermería, actitudes como responsabilidad, empatía, autenticidad, respeto, sinceridad, solidaridad, entre otros son importantes para el acercamiento positivo de la enfermera lo que favorece el cuidado y genera satisfacción en la persona. Tal como indican cunya, Milla y Torres en sus estudios. Tales actitudes, ideas refuerzan lo expresado pues, reconocen la relación de ayuda por parte de la enfermero(a) cuando éste permanece al lado del paciente. Por ello el enfermero debe dedicarle más tiempo al cuidado directo.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se ha concluido:

- El tiempo de dedicación al cuidado en general es en promedio de 8.61 horas, de un turno diurno de 12 horas, las cuales corresponden a actividades de; Reporte de enfermería, control de funciones vitales, Rellenado del Kárdex, plan de cuidados, realización de procedimientos, curación y/o canalización de vías periféricas, preparación y administración de medicamentos, pedido de la dieta de los pacientes, tiempo en que realiza coordinaciones, notas de enfermería, anotaciones en el censo diario del pacientes, anotaciones del estado del paciente, anotaciones en el cuaderno de reporte de enfermería. El cuidado general otorgado por el profesional de enfermería al paciente hospitalizado fluctúa de acuerdo a la cantidad de pacientes asignados en dicha sala
- El tiempo de dedicación al cuidado directo en un turno diurno de 12 horas, es en promedio de **2.86** horas. Las cuales corresponden; control de funciones vitales, realización de procedimientos, curación y/o canalización de vías periféricas, preparación y administración de medicamentos.
- El tiempo de dedicación al cuidado indirecto en un turno diurno de 12 horas, es en promedio de **5.75** horas las cuales corresponden a las actividades de; reporte de enfermería, relleno del Kárdex, plan de cuidados, pedido de la dieta, coordinaciones con los demás servicios, notas de enfermería, anotaciones en el censo diario del pacientes, anotaciones del estado del paciente, anotaciones en el cuaderno de reporte de enfermería. El cuidado indirecto que ejecuta el profesional de enfermería para cubrir las necesidades

52

físicas, biológicas y sociales que requiere el paciente hospitalizado es mayor en relación al cuidado directo. Conllevando al profesional de enfermería a dar mayor prioridad a procesos administrativos.

- El tiempo que el enfermero emplea a otras actividades tales como (Toma de alimentos, aseo personal, uso de servicios Higiénicos, etc.) en promedio es de **3.39** horas.

51

RECOMENDACIONES

- A la Universidad Nacional de Huancavelica a través del área de investigación, generar proyectos de investigación sobre temas relacionados al cuidado que brinda el profesional de enfermería a sus pacientes en las diferentes áreas.
- A las instituciones prestadoras de salud, fomenten el conocimiento y la práctica de un buen cuidado de enfermería priorizando el cuidado directo.
- A los profesionales de la salud, realicen cuidados directos a los pacientes en proporcionalidad similar que el cuidado indirecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Antezana, L. y Cayllahua, R. (2012), Cuidado humanizado de Enfermería en Hospitales de la Localidad de Huancavelica ,2012. (Tesis para optar título en licenciadas en enfermería). Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica – Perú.
- Bolaños, E.(2012) Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo
- CEP Consejo Nacional (2008) Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. www.cep.org.pe.
- De Canales, F. De Alvarado, E. Pineda, E. (2004), Metodología De La Investigación. México: Limusa, s.a
- Escobar (2010) “El cuidado integral en el centenario de Florence Nightingale. Una mirada desde lo administrativo”
- Gasull, M. (2005) La ética del cuidar y la atención de enfermería. Madrid:
- Hernández, V. (2009) en su investigación “Satisfacción del cuidado enfermero del usuario con insuficiencia renal. Piura, 2009.” (Tesis para optar título en licenciadas en enfermería). Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Piura- Perú.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill.
- Mayeroff, M.(2001) El libro On Caring del filósofo americano
- Manrique, D. (2011) “Relación de ayuda entre la enfermera administradora y la enfermera de atención directa” Venezuela: Universidad de Carabobo
- Mejía, E. (2005) Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos recuperado en www.eliasjmejia.mejia.com/libros/8.pdf [2012 16 de marzo]
- Milla, O. (2010) en su trabajo de investigación “Tiempo empleado por la enfermera en la ejecución de los procedimientos más

frecuentes en el cuidado de paciente crítico en el Servicio de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2010”

- Torres, J. (2006) “Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano”. (Tesis de doctorado - Doctor en Ciencias de una Especialidad), Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba -2006.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- Dorland (2006) Diccionario medico de bolsillo ilustrado, 26ava edición, editorial Mc Graw Hill Interamericana, Madrid

4A'

ANEXOS

ANEXO N° 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO
CIRUGÍA - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA - 2013

TITULO TENTATIVO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	SISTEMA DE HIPÓTESIS	VARIABLE	METODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICA E INSTRUMENTOS
“TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGIA - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA - 2013”	¿Cuál es el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía - Hospital Departamental de Huancavelica - 2013? PREGUNTA ESPECÍFICA ¿Cuál es el tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el	OBJETIVO GENERAL Determinar el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía - Hospital Departamental de Huancavelica - 2013. OBJETIVOS ESPECÍFICOS • Controlar el tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía - Hospital	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN. Hipótesis general El tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en turno diurno de 12 horas es menor a 10.2 horas, el resto corresponde a otras actividades. (Consumo de alimentos, higiene, etc.) Hipótesis específicas El tiempo que dedica el enfermero(a) al cuidado directo del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es 3.6 horas.	Variable : tiempo de dedicación al cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • No experimental, porque no se manipula la variable. • Transversal, porque se realizará en un momento determinado. • Descriptivo, porque se busca determinar el tiempo que dedica al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía. Diagrama: M ——— O _y Donde:	1. POBLACIÓN 10 Enfermeros 2. MUESTRA: 10 Enfermeros	Para la medición se utilizara la guía de observación

	<p>enfermero(a) en el servicio de cirugía - Hospital Departamental de Huancavelica - 2013?</p> <p>¿Cuál es el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía - Hospital Departamental de Huancavelica - 2013?</p>	<p>Departamental de Huancavelica-2013</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero en servicios de hospitalización - Hospital Departamental de Huancavelica-2013 	<p>El tiempo que dedica el enfermero(a) al cuidado indirecto del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es 6.6 horas.</p>		<p>M = muestra</p> <p>O_Y = observación de la variable de estudio.</p> <p>Y = de acuerdo a la variable "tiempo que dedica al cuidado"</p>		
--	---	--	--	--	---	--	--

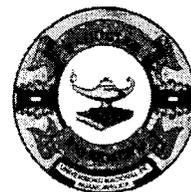
ANEXO N° 02

GUIA DE OBSERVACIÓN PARA EVALUAR TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Creado por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Datos Generales:

- Tiempo de Servicio: 1 a 5 años(), 6 a 10 años(), 10 a más años()
- Sexo: M () F ()
- Edad:

Servicio.....

Código.....

NUMERO	PREGUNTA	TIEMPO DE INICIO	TIEMPO DE CULMINACION	TOTAL	COMENTARIO
1.-	¿En cuánto tiempo realiza la preparación psicológica?				
2.-	¿En cuánto tiempo realiza el control de funciones				

	vitales?				
3.-	¿En cuánto tiempo administra un medicamento?				
4.-	¿En cuánto tiempo realiza una colocación de sonda nasogastrica?				
5.-	¿En cuánto tiempo realiza un retiro de sonda nasogastrica?				
6.-	¿En cuánto tiempo realiza una venoclisis?				
7.-	¿En cuánto tiempo realiza una colocación de sonda vesical?				
8.-	¿En cuánto tiempo realiza un retiro de sonda vesical?				
NÚMERO	PREGUNTA	TIEMPO DE INICIO	TIEMPO DE CULMINACION	TOTAL	COMENTARIO
9.-	¿En cuánto tiempo realiza el				

	reporte de enfermería?				
10.-	¿En cuánto tiempo realiza el relleno del kardex del paciente?				
11.-	¿En cuánto tiempo realiza el plan de cuidados de enfermería?				
12.-	¿En cuánto tiempo realiza las notas de enfermería en la historia clínica?				
13.-	¿En cuánto tiempo realiza las coordinaciones con los demás servicios?				
14.-	¿En cuánto tiempo realiza el pedido de dieta de los pacientes?				
15.-	¿En cuánto tiempo realiza las anotaciones en el cuaderno de reporte de enfermería?				

16.-	¿En cuánto tiempo realiza las anotaciones del censo diario de los pacientes?				
17.-	¿En cuánto tiempo realiza las anotaciones en la hoja de estado del paciente?				

JURADO APONTE, Melissa

Investigadora

ROJAS CURASMA, Ghina.

Investigadora

VALIDEZ POR JUECES (VALIDEZ DE CONTENIDO)

**GUIA DE OBSERVACIÓN PARA EVALUAR EL TIEMPO DE DEDICACIÓN AL
CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**

JUEZ	ESPECIALIDAD	GRADO ACADÉMICO	INSTITUCIÓN DONDE LABORA
1. Sedano Llanco Emily	Crecimiento y desarrollo del niño	Licenciada en enfermería	Hospital Departamental de Huancavelica
2. Aguilar Melgarejo Darcy Daniel		Licenciado en enfermería	Hospital Departamental de Huancavelica
3. Ccencho Dueñas Luis	Unidad de cuidados intensivos	Licenciado en enfermería	Hospital Departamental de Huancavelica
4. Chahuayo Ampa José	Administración de servicios de salud	Licenciada en enfermería	Hospital Departamental de Huancavelica
5. Riveros Medina Edgar	Intensivista	Licenciado en enfermería	Hospital Departamental de Huancavelica

31

GUIA DE OBSERVACIÓN PARA EVALUAR EL TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	JUEZ					PUNTAJE TOTAL	V AIKEN POR ÍTEM	DECISIÓN
	1°	2°	3°	4°	5°			
1°.	3	3	3	3	3	15	1	A
2°.	3	3	3	3	3	15	1	A
3°.	3	3	3	3	3	15	1	A
4°.	3	3	3	3	3	15	1	A
5°.	3	3	3	3	3	15	1	A
6°.	3	3	3	3	3	15	1	A
7°.	3	3	3	3	3	15	1	A
8°.	3	3	3	3	3	15	1	A
9°.	3	3	3	3	3	15	1	A
10°.	3	3	3	3	3	15	1	A
11°.	3	3	3	3	3	15	1	A
12°.	3	3	3	3	3	15	1	A
13°.	3	3	3	3	3	15	1	A
14°.	3	3	3	3	3	15	1	A
15°.	3	3	3	3	3	15	1	A
16°.	3	3	3	3	3	15	1	A
17°.	3	3	3	3	3	15	1	A
V Aiken TOTAL							1	A

2. DESCRIPCIÓN DE ESTADÍSTICO DE PRUEBA PARA VALIDEZ DE CONTENIDO

V Aiken

El coeficiente de Validez V de Aiken puede obtener valores entre 0 y 1. A medida que sea más elevado, el ítem tendrá mayor validez de contenido. El resultado puede evaluarse estadísticamente para calificaciones dicotómicas (aprueba "A" o desaprueba "D" el ítem):

NIVEL DE SIGNIFICANCIA DEL COEFICIENTE V DE AIKEN, DE ACUERDO AL NÚMERO DE JUECES Y ACUERDOS ENTRE ELLOS

Jueces	Acuerdos	V
5	3	0.60
	4	0.80
	5	1.00
6	4	0.67
	5	0.83
	6	1.00
7	5	0.71
	6	0.86
	7	1.00
8	6	0.75
	7	0.88
	8	1.00
9	7	0.77
	8	0.89
	9	1.00
10	8	0.80
	9	0.90

37

	10	1.00
--	----	------

3. REGLA DE DECISIÓN:

A = Aprueba: si el valor del coeficiente V Aiken es \geq a 0,8 u 80%

D= Desaprueba: si el valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8 u 80%

4. CALCULO:

$$V = \frac{S}{(N(C-1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = Número de jueces

C = Constituye el número de valores de la escala, en este caso 4 (de 0 a 3).

$$V = \frac{15}{(5(4-1))} = \frac{15}{15} = 1$$

5. CONCLUSIÓN:

Todos los ítems alcanzaron el valor de 1 equivalente al 100% de aprobación, por tanto todos los ítems se aceptan constituyendo un 100% de validez de contenido para el instrumento de recolección de datos.

ANEXO N° 04

4.1.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

TABLA N° 01

MUESTRA DE ESTUDIO DE ENFERMEROS(AS)

N° ENFERMERO (A)	SEXO	EDAD/ AÑOS
1	F	45
2	F	37
3	M	35
4	F	28
5	F	32
6	F	51
7	M	46
8	M	38
9	F	34
10	F	26

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

TABLA N° 02

MUESTRA DE ESTUDIO DE PACIENTES

MUESTRA DE PACIENTES	N° PACIENTE	EDAD/ AÑOS	DIAGNOSTICO MÉDICO
PRIMERA MUESTRA/ ENFERMERO (A) 1	1	41	Síndrome Doloroso Abdominal
	2	22	D/C Apendicitis
	3	17	Hernia
	4	52	Colecistitis aguda
	5	14	Fractura de diafisis de tibia
	6	22	ulcera infectada leve
SEGUNDA MUESTRA/ ENFERMERO(A) 2	1	52	Fractura de cadera izquierda
	2	43	drenaje de absceso
	3	7	Criptorquidia
	4	67	estrechez uretral
	5	36	quiste hidatídico
	6	17	celulitis abscesada
TERCERA MUESTRA/ ENFERMERO(A) 3	1	18	Fractura de clavícula
	2	72	hiperplasia prostática
	3	48	osteomielitis
	4	40	Apendilap
	5	39	Hernia
	6	46	litiasis renal
	7	33	ulcera infectada leve
CUARTA MUESTRA/ ENFERMERO(A) 4	1	36	quiste hidatídico
	2	48	herida multiple en cara
	3	17	celulitis absesada
	4	30	Mieloma maligno
	5	22	Apendicitis aguda
	6	52	colecistitis aguda
	7	61	polipo vesicular
	8	32	Epixtasis
	9	27	Tumoración en Cara
	10	48	Shock hipovolemico
	11	39	Biopsia de excieresis
	12	67	D/C Carcinoma
	13	59	Hematoma en muslo derecho
	14	10	Fimosis
QUINTA MUESTRA/ ENFERMERO(A) 5	1	18	Fractura de clavícula
	2	72	hiperplasia prostática
	3	48	osteomielitis
	4	46	litiasis renal
	5	22	ulcera infectada leve
	6	17	Hernia
	7	36	ulcera en pie
	8	65	Varices de III grado

	9	3	Hidrocele tipo I
	10	29	sepsis foco dermico
	11	47	Cistoscopia
	12	20	Tumorectomia
	13	25	TEC leve
	14	37	Herida contusa cortante
SEXTA MUESTRA / ENFERMERO(A) 6	1	36	quiste hidatidico
	2	30	Mieloma maligno
	3	27	Tumoración en Cara
	4	39	Biopsia de excieresis
	5	10	Fimosis
	6	17	celulitis absesada
SEPTIMA MUESTRA/ ENFERMERO(A) 7	1	18	Fractura de clavícula
	2	48	osteomielitis
	3	3	Hidrocele tipo I
	4	29	sepsis foco dermico
	5	37	Herida contusa cortante
	6	25	TEC leve
OCTAVA MUESTRA/ ENFERMERO(A) 8	1	18	Fractura de clavícula
	2	48	osteomielitis
	3	29	sepsis foco dermico
	4	37	Herida contusa cortante
	5	25	TEC leve
NOVENA MUESTRA/ ENFERMERO(A) 9	1	36	quiste hidatidico
	2	48	herida multiple en cara
	3	17	celulitis absesada
	4	30	Mieloma maligno
	5	22	Apendicitis aguda
	6	52	colecistitis aguda
	7	61	polipo vesicular
	8	32	Epixtasis
	9	27	Tumoración en Cara
	10	48	Shock hipovolémico
	11	39	Biopsia de excieresis
	12	67	D/C Carcinoma
	13	59	Hematoma en muslo derecho
	14	10	Fimosis
DECIMA MUESTRA/ ENFERMERO(A) 10	1	18	Fractura de clavícula
	2	72	hiperplasia prostática
	3	48	osteomielitis
	4	46	litiasis renal
	5	22	ulcera infectada leve
	6	17	Hernia
	7	36	ulcera en pie
	8	65	Varices de III grado
	9	3	Hidrocele tipo I
	10	29	sepsis foco dérmico
	11	47	Cistoscopia

	12	20	Tumorectomia
	13	28	Pielonefritis
	14	42	Policontuso TEC leve

TIEMPO DE CUIDADO DIRECTO E INDIRECTO POR ENFERMERO Y PACIENTES

MUESTRA DE ESTUDIO DE PACIENTES

TABLA N° 03

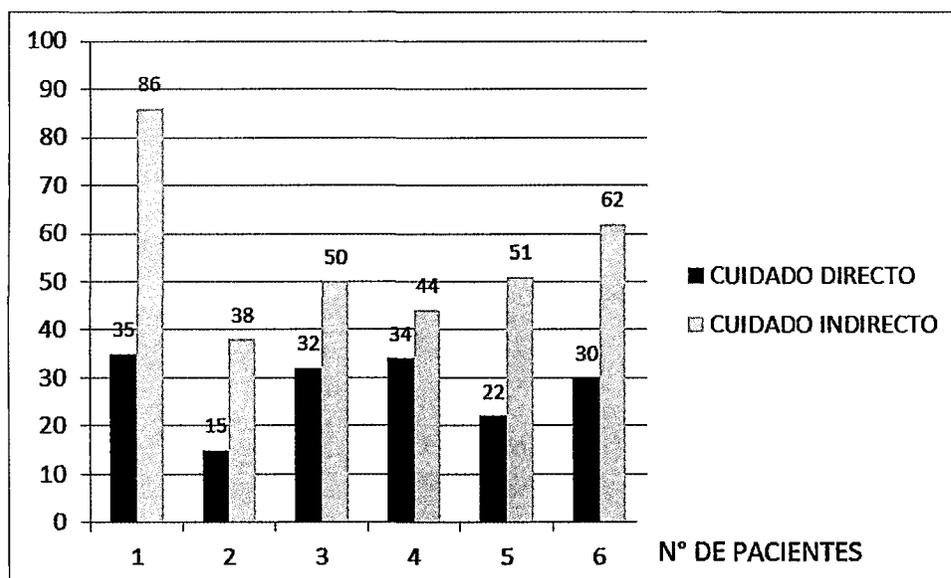
TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N° 1 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2013

ENFERMERO 1			
N° DE PACIENTES	CUIDADO DIRECTO EN MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN MINUTOS	TIEMPO TOTAL EN HORAS
1	35	86	121
2	15	38	53
3	32	50	82
4	34	44	78
5	22	51	73
6	30	62	92
TURNO 12 horas	168	331	499/60= 8.3166 Hrs

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 01

TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N° 1 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la siguiente tabla N° 03, se observa que el enfermero con código 1 tiene a su cargo un número de 6 pacientes, de los cuales observamos que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente es mayor en relación al cuidado directo, siendo el paciente N° 2 al que le dedica menor tiempo de cuidado directo, con 12 minutos aproximadamente, y el mayor tiempo de cuidado directo corresponde al paciente N° 1, con 35 minutos. El cuidado indirecto es mayor en el paciente N°1 con 86 minutos. Además el turno del enfermero consta de 12 horas, de las cuales se controla el cuidado directo en total 168 minutos y el cuidado indirecto es de 331 minutos, siendo 8 horas, 31 minutos en total empleados al cuidado del paciente. El resto del tiempo el enfermero destina a realizar otras actividades tales como: (Tomar alimentos, uso del servicio Higiénico, etc, etc)

TABLA N° 04

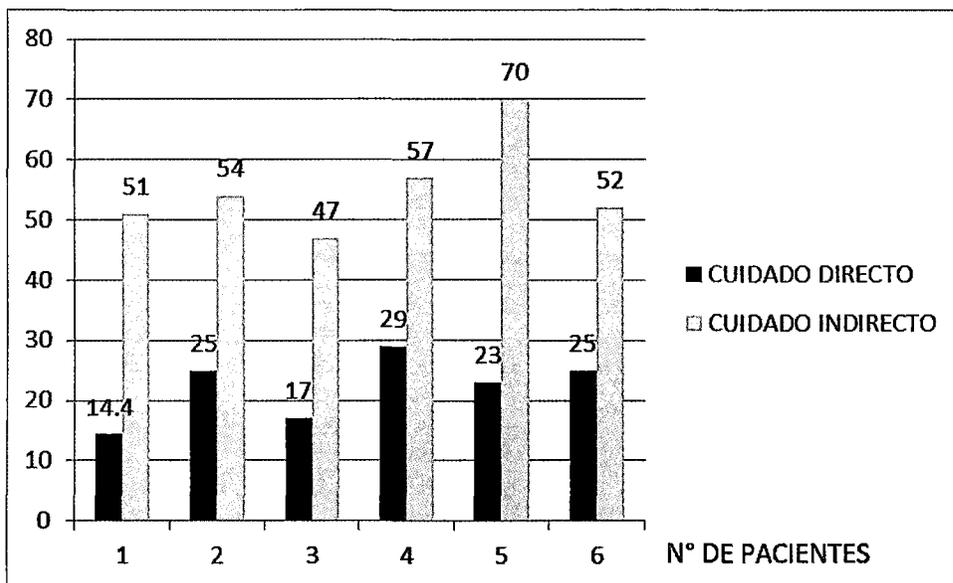
TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°2 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2013

ENFERMERO 2			
N° DE PACIENTES	CUIDADO DIRECTO EN MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN MINUTOS	TIEMPO TOTAL EN HORAS
1	14.4	51	65.4
2	25	54	79
3	17	47	64
4	29	57	86
5	23	70	93
6	25	52	77
TURNO 12 horas	133.4	331	464.4/60= 7.8711 Hrs

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 02

TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°2 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la siguiente tabla N° 03, se observa que el enfermero con código 2, tiene a su cargo un número de 6 pacientes, de los cuales observamos que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente es mayor en relación al cuidado directo, siendo el paciente N° 1 al que le dedica menor tiempo de cuidado directo con 14.4 minutos, y el paciente N° 4 el mayor tiempo de cuidado directo con 29 minutos. En cuanto al cuidado indirecto el de mayor tiempo corresponde al paciente N° 5 con 70 minutos. El tiempo en que se controló fue en un turno de 12 horas, de las cuales se controla el cuidado directo en total 133.4 minutos y cuidado indirecto. 331 minutos, haciendo un total 7.8711 Horas empleado al cuidado del paciente. El resto del tiempo el enfermero destina a realizar otras actividades tales como: (Tomar alimentos, uso del servicio Higiénico, arreglo personal, apoyo al personal técnico en recojo de resultados, etc.)

28

TABLA N° 05

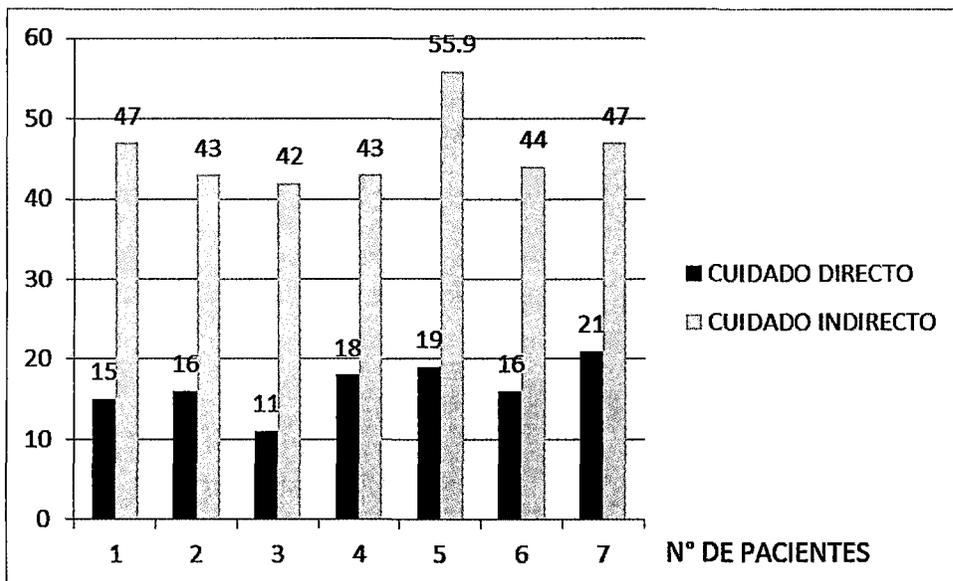
TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°3 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2013

ENFERMERO 3			
N° DE PACIENTES	CUIDADO DIRECTO EN MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN MINUTOS	TIEMPO TOTAL EN HORAS
1	15	47	62
2	16	43	59
3	11	42	53
4	18	43	61
5	19	55.9	74.9
6	16	44	60
7	21	47	68
TURNO 12 horas	116	321.9	437.97/60= 7.2995 Hrs

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 03

TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°3 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la siguiente tabla N° 05, se observa que el enfermero con código 3, tiene a su cargo un número de 7 pacientes, de los cuales observamos que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente es mayor en relación al cuidado directo, siendo el paciente N° 3 al que le dedica menor tiempo de cuidado directo con aproximadamente 11 minutos y el paciente N° 7 el mayor tiempo de cuidado directo con 21 minutos. En cuanto al cuidado indirecto el de mayor tiempo corresponde al paciente N° 5, con 55.9 minutos. El tiempo en que se controló fue en un turno de 12 horas, de las cuales se controla el cuidado directo con 116 minutos y cuidado indirecto. Con 321.9 minutos. Siendo en total 7.2995 Horas empleado al cuidado del paciente. El resto del tiempo el enfermero destina a realizar otras actividades tales como: (Tomar alimentos, uso del servicio Higiénico, arreglo personal, apoyo al personal técnico en recojo de resultados, etc.)

TABLA N° 06

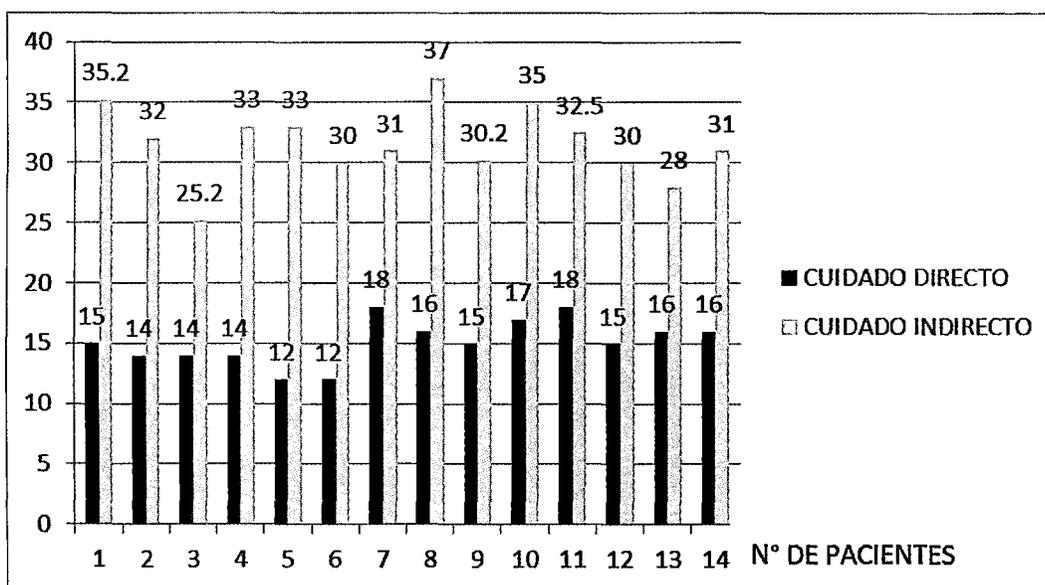
TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°4 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA 2013

ENFERMERO 4			
N° DE PACIENTES	CUIDADO DIRECTO EN MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN MINUTOS	TIEMPO TOTAL EN HORAS
1	15	35.2	50.2
2	14	32	46
3	14	25.2	39.2
4	14	33	47
5	12	33	45
6	12	30	42
7	18	31	49
8	16	37	53
9	15	30.2	45.2
10	17	35	52
11	18	32.5	50.5
12	15	30	45
13	16	28	44
14	16	31	47
TURNO 12 horas	212	443.1	655.1/60= 10.91833

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 04

TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°4 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la siguiente tabla N° 05, se observa que el enfermero con código 4, tiene a su cargo un número de 14 pacientes, de los cuales observamos que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente es mayor en relación al cuidado directo, siendo el paciente N° 5 y 6, al que le dedica menor tiempo de cuidado directo con 12 minutos a cada uno y el paciente N° 7 y 11 el mayor tiempo de cuidado directo con 18 minutos a cada uno . En cuanto al cuidado indirecto el de mayor tiempo corresponde al paciente N° 8 con 37 minutos aproximadamente. El tiempo en que se controló fue en un turno de 12 horas, de las cuales se controla el cuidado directo con 212 minutos y cuidado indirecto con 443.1 minutos. Siendo en total **10.91833** Horas empleado al cuidado del paciente. El resto del tiempo el enfermero destina a realizar otras actividades tales como: (Tomar alimentos, uso del servicio Higiénico).

24

TABLA N° 07

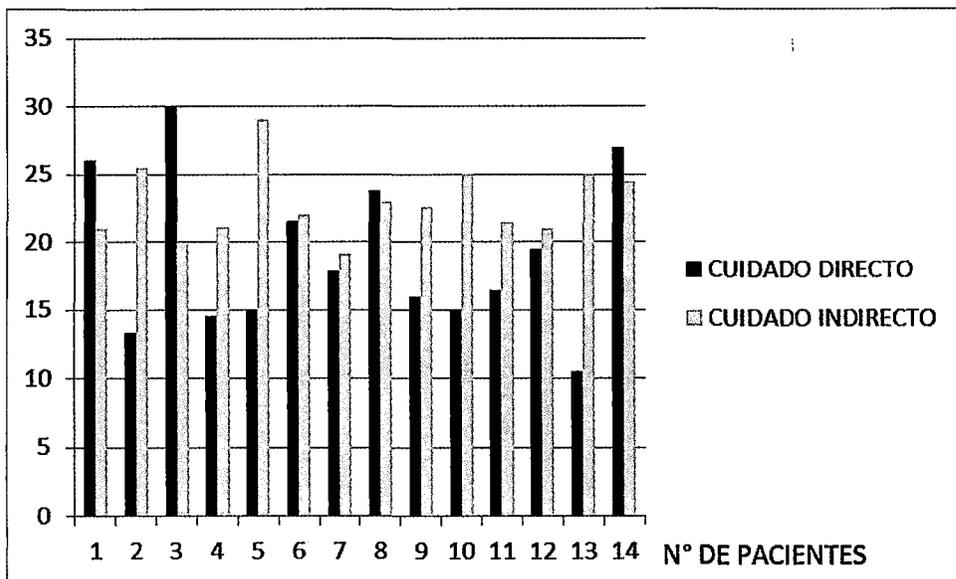
TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N° 5 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE

ENFERMERO 5			
N° DE PACIENTE	CUIDADO DIRECTO EN MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN MINUTOS	TIEMPO TOTAL EN HORAS
1	26	21	47
2	13.3	25.5	38.8
3	30	20	50
4	14.6	21.1	35.7
5	15	29	44
6	21.6	22	43.6
7	17.8	19.1	36.9
8	23.8	23	46.8
9	16	22.6	38.6
10	15	25	40
11	16.4	21.5	37.9
12	19.5	21	40.5
13	10.5	25	35.5
14	27	24.5	51.5
TURNO 12 horas	266.5	320.3	586.8/60=9.78 Hrs

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 05

TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°5 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la siguiente tabla N° 06, se observa que el enfermero con código 5, tiene a su cargo un número de 14 pacientes, de los cuales observamos que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente es mayor en relación al cuidado directo en algunos pacientes, sin embargo en los pacientes N° 1, 3, 8, y 14 el tiempo de dedicación al cuidado directo es mayor en relación al cuidado indirecto. Se controla el cuidado directo en un tiempo aproximado 266.5 minutos y cuidado indirecto de 320 minutos siendo en total de 9.78 horas en total empleado al cuidado del paciente hospitalizado. El resto del tiempo el enfermero lo destina a realizar otras actividades tales como: (Tomar alimentos, uso del servicio Higiénico, arreglo personal, etc.).

TABLA N° 08

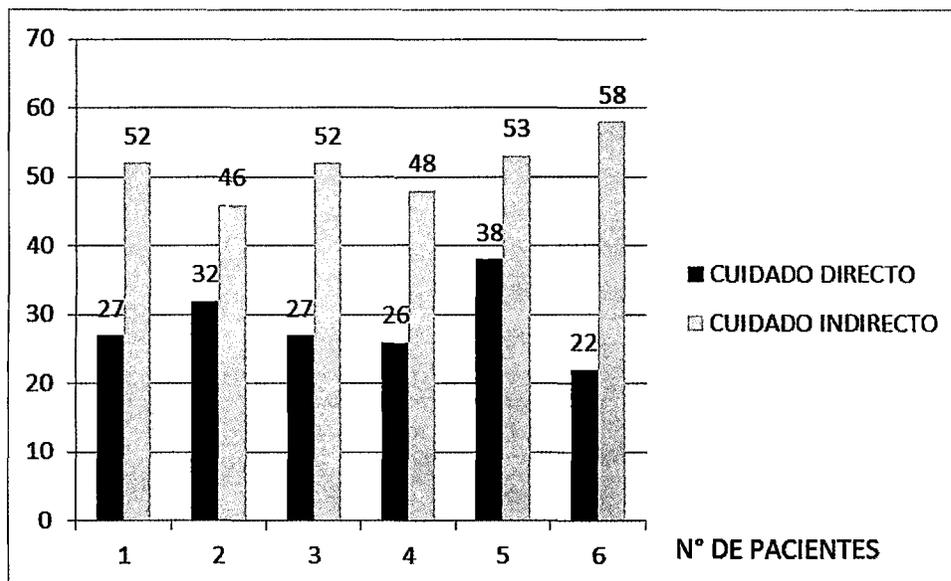
TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°6 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA 2013

ENFERMERO 6			
N° DE PACIENTE	CUIDADO DIRECTO EN MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN MINUTOS	TIEMPO TOTAL EN HORAS
1	27	52	79
2	32	46	78
3	27	52	79
4	26	48	74
5	38	53	91
6	22	58	80
TURNO 12 horas	172	309	481/60= 8.016 Hrs

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 06

TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N° 6 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la siguiente tabla N° 08, se observa que el enfermero con código 6, tiene a su cargo un número de 6 pacientes, de los cuales observamos que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente es mayor en relación al cuidado directo, siendo el paciente N° 6, al que le dedica menor tiempo de cuidado directo con 22 minutos y el paciente N° 5 con 38 minutos siendo el de mayor tiempo de cuidado directo. En cuanto al cuidado indirecto el de mayor tiempo corresponde al paciente N° 6, con 58 minutos. El tiempo en que se controló fue en un turno de 12 horas, de las cuales se controla el cuidado directo de 172 minutos y cuidado indirecto de 309 minutos. Siendo en total **8.016** Horas empleado al cuidado del paciente. El resto del tiempo el enfermero destina a realizar otras actividades tales como: (Tomar alimentos, uso del servicio Higiénico, apoyo al médico en curaciones).

TABLA N° 09

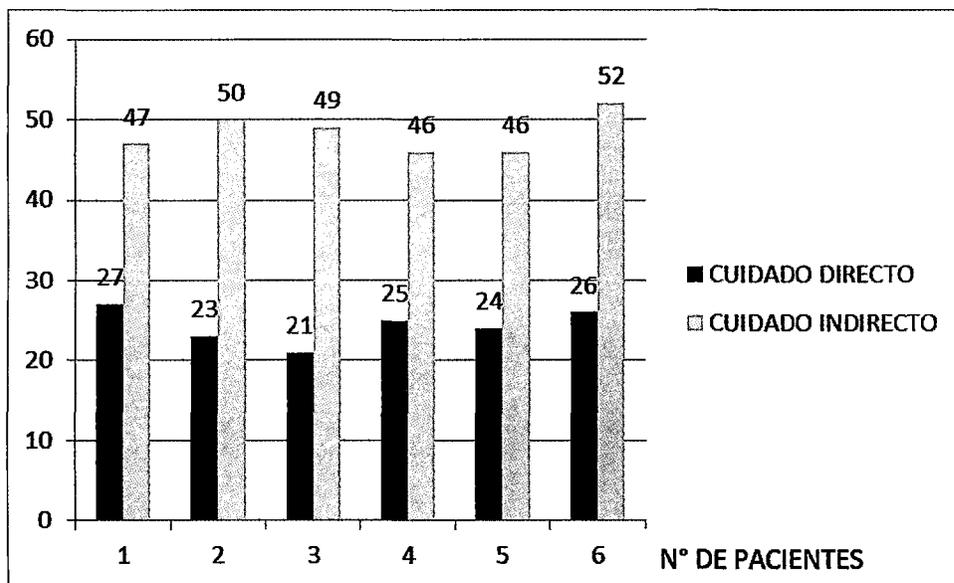
TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N° 7 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2013

ENFERMERO 7			
N° DE PACIENTE	CUIDADO DIRECTO EN MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN MINUTOS	TIEMPO TOTAL EN HORAS
1	27	47	74
2	23	50	73
3	21	49	70
4	25	46	71
5	24	46	70
6	26	52	78
TURNO 12 horas	146	290	436/60=7.26 Hrs

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 07

TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N° 7 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la siguiente tabla N° 09, se observa que el enfermero con código 7, tiene a su cargo un número de 6 pacientes, de los cuales observamos que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente es mayor en relación al cuidado directo, siendo el paciente N° 3, al que le dedica menor tiempo de cuidado directo de 23 minutos y el paciente N° 1 el de mayor tiempo de cuidado directo de 27 minutos. En cuanto al cuidado indirecto el de mayor tiempo corresponde al paciente N° 6, con 52 minutos. El tiempo en que se controló fue en un turno de 12 horas, de las cuales se controla el cuidado directo de 146 minutos y cuidado indirecto de 290 minutos. Siendo en total **7.26** Horas empleadas al cuidado del paciente. El resto del tiempo el enfermero destina a realizar otras actividades tales como: (Tomar alimentos, uso del servicio Higiénico, apoyo al médico en curaciones, conversaciones por teléfono, etc).

18

TABLA N° 10

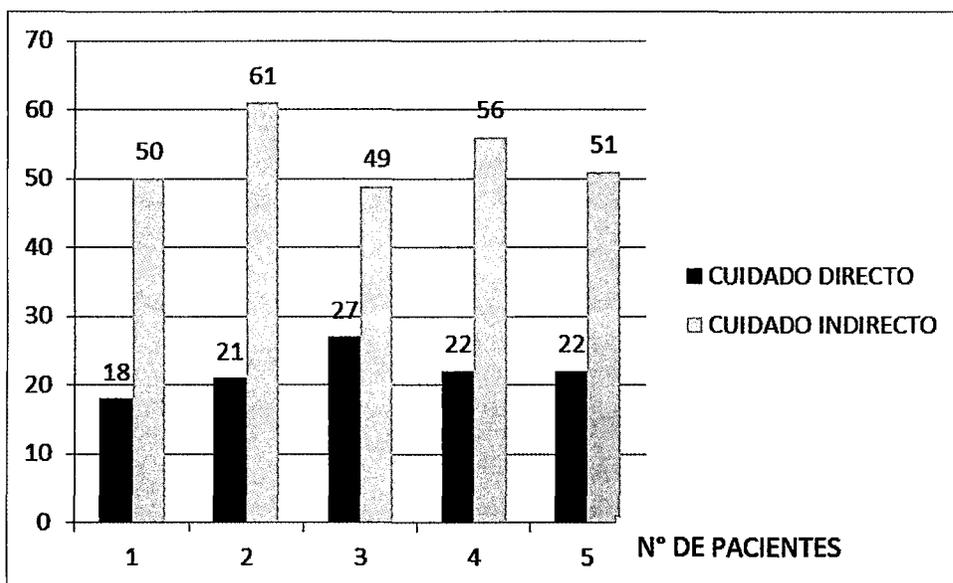
TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N° 8 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA 2013

ENFERMERO 8			
N° DE PACIENTES	CUIDADO DIRECTO EN MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN MINUTOS	TIEMPO TOTAL E HORAS
1	18	50	68
2	21	61	82
3	27	49	76
4	22	56	78
5	22	51	73
TURNO 12 horas	110	267	377/60= 6.28 Hrs

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 08

TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°8 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la siguiente tabla N° 10, se observa que el enfermero con código 8, tiene a su cargo un número de 5 pacientes, anteriormente se empezó con 6 pacientes de los cuales 1 paciente se fue a Lima de referencia, entonces se observa que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente es mayor en relación al cuidado directo, siendo el paciente N° 1, al que le dedica menor tiempo de cuidado directo de 18 minutos y el paciente N° 3, de 27 minutos correspondiendo al mayor tiempo de cuidado directo. En cuanto al cuidado indirecto el de mayor tiempo corresponde al paciente N° 2, con 61 minutos. El tiempo en que se controló fue en un turno de 12 horas, de las cuales se controla el cuidado directo de 110 minutos y cuidado indirecto de 267 minutos. Siendo en total **6.28** Horas empleados al cuidado del paciente hospitalizado. El resto del tiempo el enfermero destina a realizar otras actividades tales como: (Tomar alimentos, uso del servicio Higiénico, apoyo al médico en curaciones, conversaciones por teléfono, etc).

TABLA N° 11

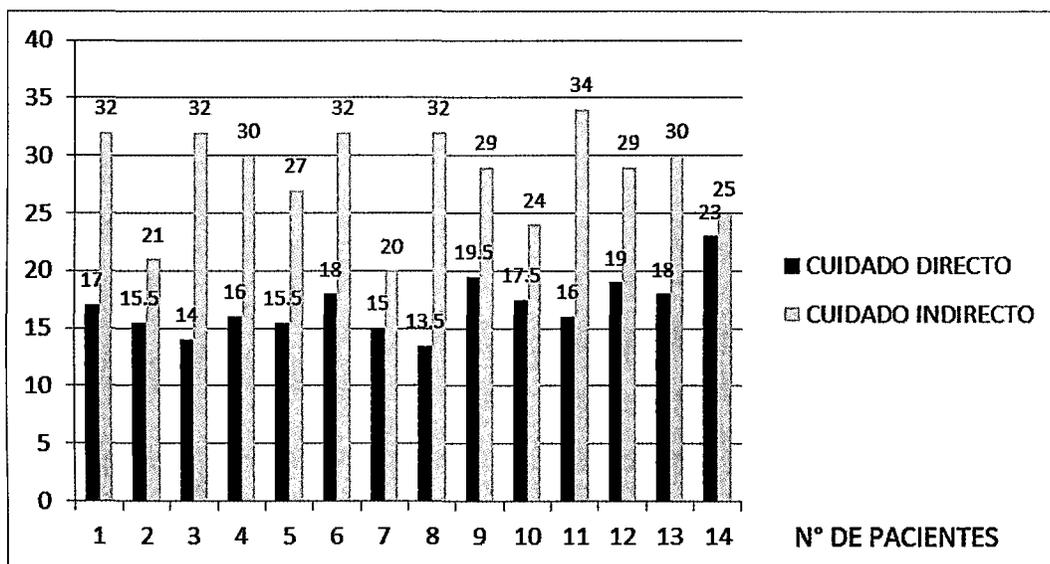
TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°9 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA 2013

ENFERMERO 9			
N° DE PACIENTES	CUIDADO DIRECTO EN MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN MINUTOS	TIEMPO TOTAL EN HORAS
1	17	32	50
2	15.5	21	38.5
3	14	32	49
4	16	30	50
5	15.5	27	47.5
6	18	32	56
7	15	20	42
8	13.5	32	53.5
9	19.5	29	57.5
10	17.5	24	51.5
11	16	34	61
12	19	29	60
13	18	30	61
14	23	25	62
TURNO 12 horas	237.5	397	634.5/60= 10.57 Hrs

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 9

TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°9 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la siguiente tabla N° 11, se observa que el enfermero con código 9, tiene a su cargo un número de 14 pacientes, de los cuales observamos que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente es mayor en relación al cuidado directo, siendo el paciente N° 8 al que le dedica menor tiempo de cuidado directo de 13.5 minutos y el paciente N° 14 el mayor tiempo de cuidado directo con 23 minutos. En cuanto al cuidado indirecto el de mayor tiempo corresponde al paciente N° 11 con 34 minutos. El tiempo en que se controló fue en un turno de 12 horas, de las cuales se controla el cuidado directo de 237.5 minutos y cuidado indirecto de 397 minutos. Siendo en total **10.57** Horas empleados al cuidado del paciente. El resto del tiempo el enfermero destina a realizar otras actividades tales como: (Tomar alimentos, uso del servicio Higiénico, etc.)

TABLA N° 12

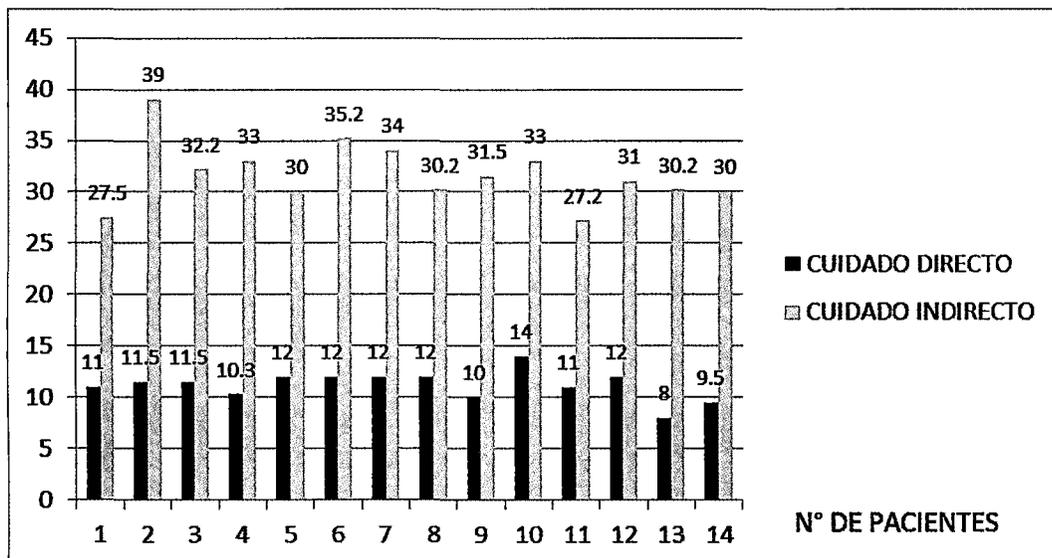
TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N°10 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA 2013

ENFERMERO 10			
N° DE PACIENTES	CUIDADO DIRECTO EN MINUTOS	CUIDADO INDIRECTO EN MINUTOS	TIEMPO TOTAL EN HORAS
1	11	27.5	38.5
2	11.5	39	50.5
3	11.5	32.2	43.7
4	10.3	33	43.3
5	12	30	42
6	12	35.2	47.2
7	12	34	46
8	12	30.2	42.2
9	10	31.5	41.5
10	14	33	47
11	11	27.2	38.2
12	12	31	43
13	8	30.2	38.2
14	9.5	30	39.5
TURNO 12 horas	156.8	444	600.8/60= 10.01 Hrs

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 10

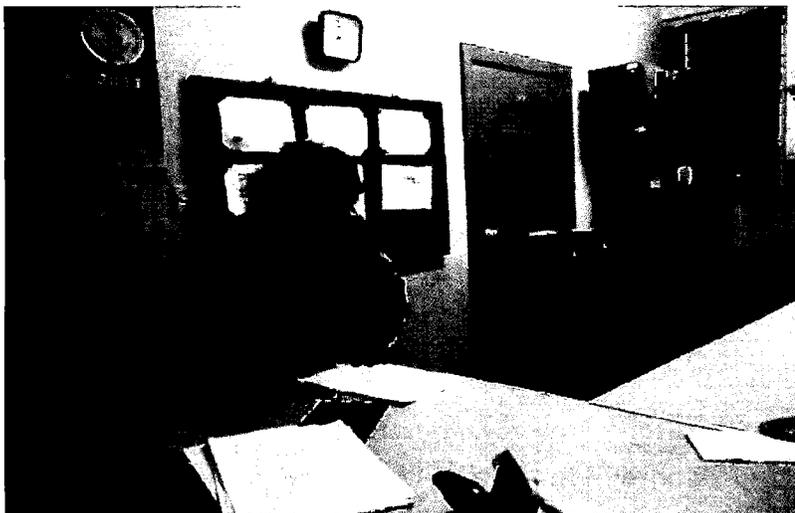
TIEMPO DE DEDICACION AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO N° 10 EN EL SERVICIO DE CIRUGIA- HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

En la siguiente tabla N° 12, se observa que el enfermero con código 10, tiene a su cargo un número de 14 pacientes, de los cuales observamos que el tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente es mayor en relación al cuidado directo, siendo el paciente N° 13 al que le dedica menor tiempo de cuidado directo de 8 minutos y el paciente N° 10 el mayor tiempo de cuidado directo de 14 minutos. En cuanto al cuidado indirecto el de mayor tiempo corresponde al paciente N° 2, con 39 minutos. El tiempo en que se controló fue en un turno de 12 horas, de las cuales se controla el cuidado directo en total 156.8 minutos y cuidado indirecto de 444 minutos. Siendo en total **10.01** Horas empleados al cuidado del paciente hospitalizado. El resto del tiempo el enfermero destina a realizar otras actividades tales como: (Tomar alimentos, uso del servicio Higiénico, etc.)

ANEXO N° 04
IMÁGENES DE RECOLECCION DE DATOS

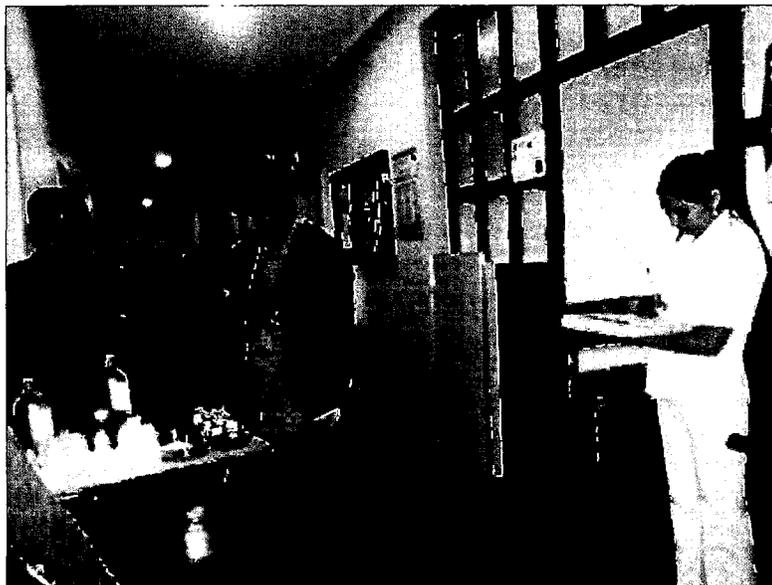


Leyenda: En la siguiente figura se observa, registro del estado del paciente



Leyenda: se observa, registro del kardex del paciente.

IMÁGENES DE EJECUCION DEL PROYECTO



Leyenda: se observa, el tiempo de preparación de medicamentos.



Leyenda: se observa, el tiempo de realización de notas de enfermería



Legenda: se observa, el tiempo de actualización y relleno de Kardex

ANEXO N° 05

ARTICULO CIENTIFICO

“TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2013”

Jurado, M., Rojas, G

Facultad de enfermería, universidad nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú

RESUMEN

Propósito: Determinar el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica. Departamental de Huancavelica – 2013

Metodología: El tipo de investigación es observacional, Nivel de investigación descriptivo, método de investigación General: análisis y síntesis. Diseño de investigación: no experimental, Transversal, y descriptivo. Como población se tomó a todos los licenciados en enfermería que laboran el servicio de cirugía. Para determinar el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a), se utilizó una guía de observación. Para la contrastación de la hipótesis no se empleo ninguna prueba, se hizo de manera descriptiva.

Resultados: Los resultados confirman que el 47.9 % corresponde al tiempo empleado al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero(a). Un 28,2% corresponde

a otras actividades que realiza en enfermero(a). Y por último el 23.9% corresponde al tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado. Concluyéndose que el tiempo de dedicación al cuidado de paciente hospitalizado por el enfermero(a) representa a un 71.8%, mientras el 28.2% es representado por otras actividades, llegando al 100% con las actividades del enfermero. Vale decir que el enfermero(a) emplea un tiempo de 8.61 horas al cuidado de sus pacientes y 3.39 horas a otras actividades, haciendo un total de 12 horas correspondiente a un turno.

Palabra clave: Dedicación, hospitalizado, cuidado.

" TIME DEDICATION TO PATIENT CARE BY NURSES IN HOSPITAL (A) IN THE SURGERY DEPARTMENT OF HUANCVELICA DEPARTMENT HOSPITAL -2013 "

Jury , M. , Rojas , G

ABSTRACT

Purpose: To determine the time dedicated to inpatient care by nurses (a) in the surgery department of Huancavelica Department Hospital. Department of Huancavelica – 2013

Methodology: The research is observational, descriptive level research General research method: analysis and synthesis. Research design: nonexperimental, Transversal, descriptive. As people at all it took graduates who work in nursing service surgery. To determine the time dedicated to inpatient care by nurses

(a), an observation guide was used. For the testing of the hypothesis no evidence was employment was descriptively.

Results:The results confirm that the 47.9% corresponds to the time taken to indirect care of the hospitalized patient per nurse (a). 28.2% corresponds to other nursing activities performed in (a). Finally 23.9% corresponds to the time dedicated to direct care of hospitalized patients. Concluding that the time devoted to inpatient care by nurses (a) represents 71.8%, while 28.2% is represented by other activities, reaching 100% with the activities of the nurse. That is, the nurse (a) employs a time of 8.61 hours in the care of their patients and 3.39 hours for other activities, making a total of 12 hours corresponding to a turn.

Keyword: Dedication, hospital, nursing

INTRODUCCION

El trabajo que se presenta a continuación se centró en una investigación rigurosa, debido a que los cuidados de enfermería tienen especial importancia en la hospitalización ya que constituye un medio eficaz para la rehabilitación y reincorporación a la sociedad de la persona. Se destaca que a pesar de que la enfermera es el profesional más cercano al enfermo y es quien debería estarlo cuidando, son raras las situaciones en la que la vemos poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en su formación, dedicándose casi exclusivamente a las actividades burocráticas, a la documentación y exhibiendo un trabajo mecanizado desprovisto de cualquier elemento humanitario que enfoque al enfermero como individuo. Muchas veces no se tiene una idea clara acerca del tiempo

exacto que le dedica el enfermero(a) a sus pacientes, por lo tanto mediante esta investigación se pretende determinar el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica.

Se hizo una observación por las investigadoras, durante las prácticas clínicas realizadas en los diversos servicios de hospitalización en el año 2010, llegándose a la conclusión que el enfermero durante su turno le dedica menor tiempo al cuidado directo del paciente y abarcando mayor tiempo a la documentación. Del mismo modo se observó en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el año 2011, el tiempo de dedicación al cuidado del paciente es menor en relación a la documentación hospitalaria. Si bien han existido siempre los cuidados de Enfermería en esta búsqueda permanente de responder a las necesidades de los pacientes se hace necesario seguir profundizando nuevas alternativas que permitan un mejor cuidado y consolidación de estrategia tanto de prevención y promoción con medidas terapéuticas orientadas al bienestar de las personas. La Enfermería se ocupa esencialmente de ayudar a los individuos y grupos a acrecentar al máximo su funcionamiento en estados de salud. Esto compromete directamente a quienes la practican a realizar actividades de cuidar, que se relacionan tanto con lo que llamamos salud como con la enfermedad o lesión y que son requeridas por el público, bien sea de forma episódica o continua, a lo largo de su ciclo vital. Consiguientemente esta investigación nos ayudará a determinar

el tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por parte del enfermero en el servicio de cirugía de hospitalización del Hospital Departamental de Huancavelica – 2013.

MATERIAL Y METODOS:

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Según la intervención del investigador: Observacional.
- Según la planificación de la toma de datos: Prospectivo.
- Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: Transversal.
- Según el marco en que tiene lugar: De campo o sobre el terreno.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA: observación directa

- **INSTRUMENTO:** guía de observación.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- No experimental.
- Transversal.
- Descriptivo.

Donde:

M ——— Oy

M = muestra

Oy = observación de la variable de estudio.

Y =variable "tiempo que dedica el enfermero(a) al cuidado del paciente hospitalizado

POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

- **Población.**-el presente trabajo de investigación tuvo como población a los licenciados(as) en enfermería del servicio cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica. De acuerdo a la programación mensual hacen un total de 10 enfermeros en total.

- **Muestra.**- No es necesario, por ser una población pequeña.

CRITERIOS DE INCLUSION

Personal profesional licenciados (as) de enfermería que laboran en el servicio de cirugía

CRITERIOS DE EXCLUSION

Personal no profesional que labora en el servicio de cirugía técnicos en enfermería.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- **Técnica:** observación directa.
- **Instrumento:** Guía de observación.

DISCUSION Y RESULTADOS

El 47.9 % corresponde al tiempo empleado al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por enfermero(a). Un 28,2% corresponde a otras actividades que realiza en enfermero(a). Y por último el 23.9% corresponde al tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado. Concluyéndose que el tiempo de dedicación al cuidado de paciente hospitalizado por el enfermero(a) representa a un 71.8%, mientras el 28.2% es representado por otras actividades, llegando al 100% con las actividades del enfermero. Vale decir que el enfermero(a) emplea un tiempo de 8.61 horas al cuidado de

sus pacientes y 3.39 horas a otras actividades, haciendo un total de 12 horas correspondiente a un turno.

Torres (2006) en su investigación "Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano". El enfoque de enfermería como capital humano permite reafirmar que en las funciones de esta profesión no sólo se debe tener en cuenta conocimientos y capacidades técnicas, sino también el desarrollo de valores éticos, culturales, humanos y solidarios. Según los conceptos y teorías de enfermería reconocidas hasta hoy la principal función de la profesión es cuidar, entendido como encargarse de la protección, el bienestar o mantenimiento de la salud de las personas, familias o grupos.

Milla (2010) en su trabajo de investigación "Tiempo empleado por la enfermera en la ejecución de los procedimientos más frecuentes en el cuidado de paciente crítico en el Servicio de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2010" refiere que su propósito de su tesis fue determinar el tiempo promedio empleado en la ejecución de los procedimientos más frecuentes en el cuidado del paciente crítico. El tiempo promedio en los tres procedimientos tales como aspiración de secreciones es 10.28 minutos, en la inserción de catéter venoso periférico es de 9.61 minutos y de baño en cama es 18.82 minutos. La suma total de los tiempos procedimientos en la atención por paciente crítico es de 38.71 minutos.

Cunya y Guerra(2009) en su investigación "Asertividad de la enfermera y el cuidado del paciente

Hospitalizado Del Hospital Departamental De Huancavelica". refiere, la enfermera para impartir cuidados integrales al paciente hospitalizado dado la naturaleza de su profesión, debe poseer actitudes, aptitudes, cualidad y habilidades personales como la asertividad que le permiten comprender al prójimo y brindarle cariño y afecto con conocimiento, dedicación, respeto, paciencia, sinceridad, humildad, esperanza y coraje. Los resultados del presente trabajo son los siguientes: el nivel de auto asertividad es medio (65%), el nivel de heteroasertividad es medio (75%), el cuidado del paciente hospitalizado es regular (46.1%) en el hospital departamental de Huancavelica. Las conclusiones de las enfermeras del hospital departamental de Huancavelica. Los enfermeros con nivel de asertividad bajo brindan cuidados malos al paciente hospitalizado.

Watson (2011) como cuidado humano en la gran mayoría de enfermeros(as) dista de la definición "El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales". Así mismo para lograr un cuidado directo nos debemos basar en necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales, espirituales del paciente. La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El

acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica. Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente. La ocasión del cuidado en últimas permite el descubrimiento de sí mismo. Pero también menciona que se requiere de un tiempo mayor para procedimientos de atención indirecta como son: tareas administrativas, preparación de medicamentos, trámites documentarios, comunicaciones. Para lo cual debe existir una enfermera(o) administrativa(o) para lograr que se incremente el tiempo de atención directa.

Los datos obtenidos para la atención general fluctúan de acuerdo a la cantidad de pacientes que cuenta el profesional de enfermería dicho de otra manera a menor pacientes asignados mayor será el tiempo de atención y a mayor pacientes asignados será menor el tiempo de atención conllevando a una relación inversa. Esta relación contrapone a lo que establece el **MINSA 2008** en su documento normativo de las funciones de la enfermera como: Ejecuta la ronda de enfermería para identificar problemas del usuario. Establece diagnóstico de enfermería y plan de atención correspondiente. Organizar evaluar y ejecutar actividades de acuerdo al plan establecido. Observar, analizar y

registrar e informar los signos, síntomas y reacciones del paciente, etc. Deteriorando la calidad de del servicio de enfermería planteado por **Colegio de Enfermeros del Perú (2008)** "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable"

TABLA N° 14

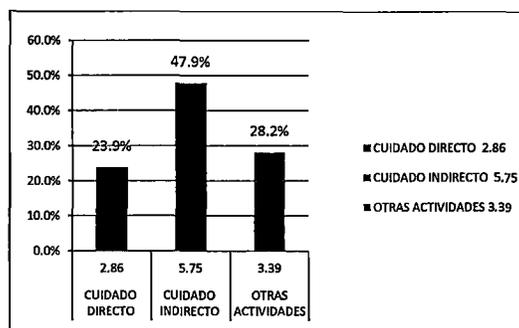
TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA - 2013

TIEMPO	fi	pi %
CUIDADO DIRECTO	2.86	23,9%
CUIDADO INDIRECTO	5.75	47,9%
OTRAS ACTIVIDADES	3.39	28,2%
TOTAL	12 horas	100

FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

FIGURA N° 13

TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR EL ENFERMERO(A) EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA - 2013



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN EL HDH-SERVICIO DE CIRUGIA

PRUEBA DE HIPOTESIS GENERAL

1. Hipótesis

Hipótesis de investigación

El tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno de 12 horas es mayor o igual a 10.2 horas aproximadamente.

Hi = Número de horas del tiempo de cuidado es ≥ 10.2 horas

Hipótesis nula

El tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno de 12 horas es menor o igual a 10.2 horas aproximadamente.

H0 = Número de horas del tiempo de cuidado es ≤ 10.2 horas

2. Regla de decisión

- Si: El número de horas del tiempo de cuidado es ≤ 10.2 horas, se acepta la hipótesis nula.
- Si: El número de horas del tiempo de cuidado es ≥ 10.2 horas, se rechaza la hipótesis nula.

2. Cálculo de Tiempo en Horas

TIEMPO DEL CUIDADO DEL PACIENTE	Fi
Menor	8.61 h

3. Decisión

El tiempo del cuidado del paciente hospitalizado

encontrado es de 8.61 horas; como este valor es menor que 10.2 horas, por tanto **SE ACEPTA** la hipótesis nula

4. Conclusión

Los resultados indican que el tiempo que le dedica el enfermero(a) al cuidado del paciente hospitalizado es de sólo 8.61 horas por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

“El tiempo de dedicación al cuidado del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno de 12 horas es mayor o igual a 10.2 horas aproximadamente”

PRUEBA DE HIPOTESIS ESPECÍFICA

1. Hipótesis específica N° 01

1. Hipótesis de investigación:

El tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es menor a 3.6 horas.

Hi = Número de horas al cuidado directo es < 3.6 horas.

Hipótesis nula

El tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno diurno de

12 horas es mayor o igual a 3.6 horas.

H_0 = Número de horas al cuidado de pacientes es $> \text{ó} =$ a 3.6 horas

2. Regla de decisión

- Si: El número de horas al cuidado directo es $> \text{ó} =$ a 3.6 horas, se acepta la hipótesis nula.
- Si: El número de horas al cuidado directo es $<$ a 3.6 horas, se rechaza la hipótesis nula.

3. Cálculo de tiempo en horas

TIEMPO DE CUIDADO DIRECTO DEL PACIENTE	x
En horas	2.86 horas

4. Decisión

El tiempo global promedio al cuidado directo del paciente hospitalizado encontrado es de 2.86 horas; como este valor es menor que 3.6 horas; por tanto **SE RECHAZA** la hipótesis nula

5. Conclusión

Los resultados indican que el tiempo que le dedica el enfermero(a) al cuidado directo del paciente hospitalizado es

de sólo 2.86 horas por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

“El tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno de 12 horas es mayor o igual a 3.6 horas aproximadamente”

2. Hipótesis específica N° 02

Hipótesis de investigación:

El tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es menor a 6.6 horas.

H_i = Número de horas al cuidado directo es $<$ a 6.6 horas.

Hipótesis nula

El tiempo de dedicación al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno diurno de 12 horas es mayor o igual a 6.6 horas.

H_0 = Número de horas al cuidado de pacientes es $> \text{ó} =$ a 6.6 horas.

2. Regla de decisión

- Si: El número de horas al cuidado indirecto es $> \text{ó} = a$ 6.6 horas, se acepta la hipótesis nula.
- Si: El número de horas al cuidado indirecto es $<$ a 6.6 horas, se rechaza la hipótesis nula.

tanto se rechaza la hipótesis nula.
“El tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado por el enfermero(a) en el servicio de cirugía en un turno de 12 horas es mayor o igual a 6.6 horas aproximadamente”

3. Cálculo de tiempo en horas

TIEMPO DE CUIDADO INDIRECTO DEL PACIENTE	x
En horas	5.75 horas

4. Decisión

El tiempo global promedio al cuidado indirecto del paciente hospitalizado encontrado es de 5.75 horas; como este valor es menor que 6.6 horas; por tanto **SE RECHAZA** la hipótesis nula

5. Conclusión

Los resultados indican que el tiempo que le dedica el enfermero(a) al cuidado indirecto del paciente hospitalizado es de sólo 5.75 horas por lo

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se ha concluido:

- El 47.9 % corresponde al tiempo empleado al cuidado indirecto del paciente hospitalizado por enfermero(a). Un 28,2% corresponde a otras actividades que realiza en enfermero(a). Y por último el 23.9% corresponde al tiempo de dedicación al cuidado directo del paciente hospitalizado. Concluyéndose que el tiempo de dedicación al cuidado de paciente hospitalizado por el enfermero(a) representa a un 71.8%, mientras el 28.2% es representado por otras actividades, llegando al 100% con las actividades del enfermero. Vale decir que el enfermero(a) emplea un tiempo de 8.61 horas al cuidado de sus pacientes y 3.39 horas a otras actividades, haciendo un total de 12 horas correspondiente a un turno.
- El cuidado general otorgado por el profesional de enfermería al paciente hospitalizado en el servicio de cirugía fluctúa de acuerdo a la cantidad de pacientes asignados en

dicha sala. Conllevando a brindar un tiempo reducido por paciente.

AGRADECIMIENTO

- A los enfermeros (as) del Hospital Departamental de Huancavelica por brindarnos su apoyo durante el desarrollo del trabajo de investigación.
- A los docentes de la facultad de enfermería de la universidad nacional de Huancavelica especialmente a los jurados calificadores por el asesoramiento durante la ejecución de la presente investigación.
- A nuestra asesora Dra. Alicia Vargas Clemente, por su apoyo en la elaboración del trabajo de investigación y a las personas que nos apoyaron en el enriquecimiento de contenido durante las etapas de la investigación.
- A nuestros padres por su comprensión y apoyo incondicional durante todo el proceso de la presente investigación.

Nuestros agradecimientos sinceros e infinitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bolaños, E.(2012) Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo
- CEP Consejo Nacional (2008) Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. www.cep.org.pe
- Cunya, R., Guerra, j (2009) Aserividad de la enfermera y el cuidado del paciente Hospitalizado Del Hospital Departamental De Huancavelica. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional de Huancavelica.
- De Canales, F. De Alvarado, E. Pineda, E. (2004), Metodología De La Investigación. México: Limusa, s.a
- Escobar (2010) "El cuidado integral en el centenario de Florence Nightingale. Una mirada desde lo administrativo"
- Gasull, M. (2005) La ética del cuidar y la atención de enfermería. Madrid:
- Hernández, V. (2009) en su investigación "Satisfacción del cuidado enfermero del usuario con insuficiencia renal. Piura, 2009." (Tesis para optar título en licenciadas en enfermería). Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Piura- Perú.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill.
- Mayeroff, M.(2001) El libro On Caring del filósofo americano
- Manrique, D. (2011) "Relación de ayuda entre la enfermera administradora y la enfermera atención directa" Venezuela: Universidad de Carabobo
- Mejía, E. (2005) Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos recuperado www.eliasmejiamejia.com/libros/8.pdf [2012 16 de marzo]
- Milla, O. (2010) en su trabajo de investigación "Tiempo empleado por la enfermera en la ejecución de los procedimientos más frecuentes en el cuidado de paciente crítico en el Servicio de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2010"
- Torres, J. (2006) "Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano". (Tesis de doctorado - Doctor en Ciencias de una Especialidad), Escuela

Nacional de Salud Pública, Cuba -
2006.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- Dorland (2006) Diccionario médico de bolsillo ilustrado, 26ava edición, editorial Mc Graw Hill Interamericana, Madrid