

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
ESCUELA DE POSGRADO



T E S I S

**Grado de satisfacción de los padres frente a la atención de enfermería
al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital EsSalud
Huancayo 2009**

Para optar el grado académico de maestro en:

Salud Pública y Comunitaria

Mención: Gerencia en Salud

Autora:

Bach. Giovanna Miriam MATOS RAMOS

Asesor:

Mg. Cesar Iván ROJAS JARA

Cerro de Pasco - Perú - 2012

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
ESCUELA DE POSGRADO



T E S I S

**Grado de satisfacción de los padres frente a la atención de enfermería
al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital EsSalud
Huancayo 2009**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Mg. Elizabeth Sara SANTOS LÓPEZ
PRESIDENTE

Mg. Mario Rómulo SALAZAR BUENO
MIEMBRO

Mg. Janeth Rocío AVELINO CASQUERO
MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión (UNDAC)

Software Antiplagio

INFORME DE REVISIÓN

Se ha realizado el análisis con el software antiplagio de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, por parte de los docentes responsables, al documento cuyo título es:

"GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PADRES FRENTE A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL ESSALUD HUANCAYO 2009"

Presentado por:

Giovanna Miriam MATOS RAMOS

la MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA MENCIÓN: GERENCIA EN SALUD.; de la facultad de Ciencias de la Salud, Obteniéndose Como Resultado Una Coincidencia De 20% Otorgándole El Calificativo De:

APROBADO

Se adjunta al presente el reporte de evaluación del software antiplagio.

Conclusiones:
Aprobado

Pasco, 25 de junio del 2023

Dr. Julio Cesar CARHUARICA MEZA
DIRECTORES DE INVESTIGACIÓN
SOFTWARE ANTIPLAGIO
FACULTAD DE Pos grado

DEDICATORIA

A mis padres, esposo e hijos por el apoyo incondicional que me brindaron
constantemente para poder salir adelante y obtener este resultado.

AGRADECIMIENTO

- A Dios por brindarme vida y salud todos los días de mi existencia.
- A mi familia que me apoyaron incansablemente para el logro de este mérito.
- Al personal de Enfermería del Servicio de Pediatría del HNRPP Essalud Huancayo que me facilitaron el tiempo y la revisión de las historias clínicas.
- A los padres de familia de estos niños hospitalizados en este servicio.
- A la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión por haber consolidado mi sueño de ser Magister.
- A los docentes del post grado por las enseñanzas impartidas durante la realización de la maestría.

RESUMEN

La tesis de investigación sobre; “Grado de satisfacción de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría de EsSalud - Huancayo 2009”. Considera que la satisfacción es un indicador importante de la calidad de atención y base fundamental para replantear aspectos a la mayor satisfacción de los familiares del niño hospitalizado en pediatría.

El objetivo General fue; Determinar el grado de satisfacción de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría de EsSalud Huancayo.

El material y métodos; el estudio fue el descriptivo explicativo que nos permitió explicar la relación de las variables, la muestra estuvo constituido por 65 padres de familia que tuvieron a sus hijos internados en el servicio de pediatría.

Para la recolección de datos se utilizó el opinionario tipo Lickert. Que tuvo 30 reactivos.

Resultados: La satisfacción de los padres de familia frente a la atención de enfermería en el servicio de pediatría es de satisfacción y el cumplimiento de la dimensión interpersonal es adecuada en el 52,3%. Se encontró que el 66,2% de las madres se muestran satisfechas un 66,2% frente a la atención de enfermería, y es más frecuente cuando ellas tienen entre 26 a 35 años con un 56,9%.

Se obtuvo que los padres de familia con instrucción secundaria muestran satisfacción en un 46,2%. En la dimensión técnica se observa que existe opinión medianamente adecuada emitida por las madres de familia en un 73,8%. Y cuando tienen entre 26 a 53 años de edad con 66,2%, y grado de instrucción secundaria 55,4%.

En la dimensión técnica según el número de hospitalizaciones existe opinión medianamente adecuada cuando el paciente ha tenido más de dos reingresos al servicio de pediatría. En cuanto a la dimensión interpersonal se obtuvo opinión adecuada a manifestación de las madres de familia con un 56,9% y por aquellas que tienen entre 26 a 35 años de edad.

Palabras clave: Satisfacción del familiar, Satisfacción del usuario, Satisfacción.

ABSTRACT

The research thesis, "The degree of satisfaction of parents in relation to nursing care to children hospitalized in the pediatric ward of EsSalud - Huancayo 2009." Considers that satisfaction is an important indicator of the quality of care and the essential foundation for rethinking aspects to the utmost satisfaction of relatives of hospitalized children in pediatrics.

The overall objective was, determine the degree of satisfaction of parents in relation to nursing care for hospitalized children in the pediatric ward of EsSalud Huancayo.

The material and methods, the study was descriptive explanatory allowed us to explain the relationship of these variables, the sample consisted of 65 parents who had their children admitted to the pediatric ward.

To collect data was used de opinionario Lickert. That was 30 items. Results, the satisfaction of parents facing the nursing care in the pediatric ward is one of satisfaction and fulfillment of the interpersonal dimension is adequate at 52.3%. It was found that 66.2% of mothers were satisfied compared to 66.2% of nursing care, and is more frequent when they are between 26-35 years with 56.9%.

It was found that parents with secondary education showed a 46.2% satisfaction. In the technical dimension is observed that there is fairly adequate view issued by mothers in 73.8%. And when they are between 26-53 years old with 66.2% and grade of secondary education 55.4%.

In the technical dimension as the number of hospitalizations opinion there is fairly adequate when the patient has had more than two readmissions to the pediatric service.

On the interpersonal dimension adequate view was obtained manifestation of mothers with 56.9% and for those who are between 26-35 years of age.

Keywords: family satisfaction, user satisfaction, Satisfaction.

INTRODUCCION

En la asistencia de todo paciente, cualesquiera sean sus diferencias económicas, sociales, culturales, etc., se tendrá en cuenta ciertas necesidades básicas. En este contexto, la comprensión y el respeto en la atención de enfermería pueden ser de la mayor importancia.

En la asistencia sanitaria actual, los cambios se suceden de modo impresionante: El avance de la ciencia y la tecnología ha originado la automatización; pero ello no suplanta la acción creadora y de apoyo de la enfermera hacia sus pacientes, los cuales manifestarán según sean atendidos, la satisfacción de agrado o de rechazo por la atención integral postoperatoria brindada por la enfermera. En el proceso de cambio de las organizaciones prestadoras de salud, el compromiso personal con la calidad y la calidez, no solo es encomiable, sino un paso indispensable en la meta hacia una cultura de calidad. En el entendido de que éste debe ser concebido como una forma o estilo de vida, que requiere, tener ciertas premisas, normas, valores y creencias para poder respetarla e involucrarla en los trabajadores.

Por la razón expuesta es necesario trabajar con una misión que tome en cuenta la opinión de los pacientes, sus expectativas, percepciones, así como la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, seguridad, protección, de amor y pertenencia respecto a lo que esperan de la atención brindada por la enfermera y al mismo tiempo responder a sus necesidades viendo al paciente como un ser íntegro desde el punto de vista holístico.

Es a partir de ello que el cliente se forma su propia percepción. En esta perspectiva y teniendo en cuenta que el paciente es un ser único que recibe los cuidados de la enfermera para el restablecimiento de su salud física y mental, es importante evaluar la

satisfacción con la atención recibida durante su estancia hospitalaria. El nivel de satisfacción es indicador importante de la calidad de atención y por lo tanto base fundamental para replantear aspectos en la mayor satisfacción del paciente y rectificando aquellos en los que se detecten deficiencias.

El personal que interactúa con el paciente ha de entender que su objetivo es satisfacer al paciente. Desde este punto de vista, nos referimos al hecho de que el personal no solo debe identificarlo por su nombre sino que debe conocer sus necesidades y expectativas, para así lograr que el paciente perciba la atención recibida en forma positiva y pueda al mismo tiempo considerar que la experiencia vivida contribuyó al restablecimiento de su salud.

El presente estudio de investigación sobre “Grado de satisfacción de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría de EsSalud - Huancayo 2009” ha permitido identificar las deficiencias de la atención de enfermería en la atención percibido por el familiar de los pacientes internados en el servicio, para generar cambios en la labor profesional que conducirá a enfocar la atención de enfermería hacia la completa satisfacción del paciente y familia teniendo en cuenta sus necesidades, expectativas y percepciones.

Esta tesis consta de:

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: Comprende la identificación y Planteamiento del problema, Delimitación de la investigación. Formulación del problema. Formulación de objetivos. Justificación de la investigación.

Limitaciones de la investigación.

CAPITULO II: MARCO TEORICO: Comprende los antecedentes de estudio. Bases teórico-científicas. Definición de términos básicos. Formulación de hipótesis.

Identificación de variables. Definición operacional de variables e indicadores.

CAPITULO III: METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION:

Comprende el Tipo de investigación. Métodos de investigación. Diseño de investigación. Población y muestra. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Técnicas de procesamiento y análisis de datos. Tratamiento estadístico.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION: Comprende la Descripción del trabajo de Campo; Presentación, análisis, e interpretación de resultados; Prueba de hipótesis. Discusión de Resultados.

CONCLUSIONES.

RECOMENDACIONES.

BIBLIOGRAFIA.

ANEXOS.

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

INDICE

INDICE DE CUADROS

INDICE DE GRÁFICOS

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.	Identificación y Determinación del problema.	1
1.2.	Delimitación de la investigación.	3
1.3.	Formulación del problema.	4
1.3.1.	Problema general.	4
1.3.2.	Problemas específicos.	4
1.4.	Formulación de objetivos.	4
1.4.1.	Objetivo general.	4
1.4.2.	Objetivos específicos.	4
1.5.	Justificación de la investigación.	5
1.6.	Limitaciones de la investigación.	6

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1.	Antecedentes de estudio.	7
2.2.	Bases teóricas-científicas.	11
2.3.	Definición de términos básicos.	53
2.4.	Formulación de hipótesis.	54
2.4.1.	Hipótesis general.	54
2.4.2.	Hipótesis específicas.	54

2.5.	Identificación de variables.....	54
2.6.	Definición operacional de variables e indicadores.....	55

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1.	Tipo de investigación.....	56
3.2.	Nivel de investigación.....	56
3.3.	Métodos de investigación.....	56
3.4.	Diseño de investigación.....	57
3.5.	Población y muestra.....	57
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	58
3.6.1.	Técnicas.....	58
3.6.2.	Instrumentos.....	58
3.7.	Selección, Validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación.....	58
3.7.1.	Selección de los instrumentos de Investigación.....	58
3.7.2.	Validación y Confiabilidad de los instrumentos de Investigación.....	59
3.8.	Técnicas de Procesamiento y análisis de datos.....	59
3.9.	Tratamiento estadístico.....	59
3.10.	Orientación ética filosófica y epistémica.....	60

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1.	Descripción del trabajo de campo.....	61
4.2.	Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	61
4.3.	Prueba de hipótesis.....	80
4.3.1.	Hipótesis general.....	80
4.3.2.	Hipótesis Específicas.....	81
4.4.	Discusión de resultados.....	82

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Satisfacción de los padres de familia según atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	61
Cuadro 2. Satisfacción de los padres según sexo frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	63
Cuadro 3. Satisfacción de los padres según edad, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	65
Cuadro 4. Satisfacción de los padres según grado de instrucción, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	67
Cuadro 5. Dimensión técnica, según sexo de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría. del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	69
Cuadro 6. Dimensión técnica, según edad de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría. Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	71
Cuadro 7. Dimensión técnica, según grado de instrucción de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	73
Cuadro 8. Dimensión técnica, según hospitalizaciones previas, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	75
Cuadro 9. Dimensión interpersonal, según sexo, de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	77

Cuadro 10. Dimensión interpersonal, según edad, de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	79
Cuadro 11. Satisfacción según estado civil de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	95
Cuadro 12. Satisfacción, según hospitalizaciones previas, de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	97
Cuadro 13. Dimensión técnica, según estado civil, de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	99
Cuadro 14. Dimensión interpersonal, según grado de instrucción, de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	101
Cuadro 15. Dimensión interpersonal, según estado civil, de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	102
Cuadro 16. Dimensión interpersonal, según hospitalizaciones previas, de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	104

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Satisfacción de los padres de familia según atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	63
Gráfico 2. Satisfacción de los padres según sexo frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del hospital iv essalud huancayo 2009	65
Gráfico 3. Satisfacción de los padres según edad, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	66
Gráfico 4. Satisfacción de los padres según grado de instrucción, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	68
Gráfico 5. Dimensión técnica, según sexo de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría. del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	70
Gráfico 6. Dimensión técnica, según edad de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría. del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	72
Gráfico 7. Dimensión técnica, según grado de instrucción de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	74
Gráfico 8. Dimensión técnica, según hospitalizaciones previas, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	76
Gráfico 9. Dimensión interpersonal, según sexo, de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009	78

Gráfico 10. Dimensión interpersonal, según edad, de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 200980

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y Determinación del problema.

El proceso de atención que recibe el paciente sirve como punto de partida para implementar un del cuidado de enfermería con calidad humanizada. La atención de enfermería en sí debe de ser integral considerando al ser humano como un ente único que necesita de su atención para así obtener satisfacción y completo bienestar durante su estancia dentro de un establecimiento de salud

Para tener éxito en la satisfacción del paciente es indispensable establecer una buena comunicación, trato humanizado y calidad de los cuidados que depende de muchos factores, como: La actitud del profesional de enfermería, el ambiente donde se desarrolla la actividad y la manera como el paciente recibe el cuidado.

Todo cliente a los servicios de salud llega con expectativas de lograr una mejoría de su salud deteriorada y más aún los padres quienes sienten un inmenso amor por sus hijos al verlos desvalidos por la enfermedad, son ellos quienes aprecian con más objetividad el quehacer del personal de salud que brinda atención a su paciente.

De un tiempo a esta parte la atención de salud en los servicios de hospitalización ha sufrido diversos cambios, muchos de ellos quizá estén influenciados por las expectativas que tienen los profesionales de mejorar su status, pero no así su calidad al atender al paciente, es bien notorio que la competitividad por alcanzar diversos títulos como son la especialidad, maestría y doctorado acaso nos hace más o menos humanizados?, esta es una pregunta que tienen relación con la atención que proveemos a nuestros semejantes.

Es precisamente la existencia de las expectativas, lo que hace que cada paciente sea distinto de los demás. Hay que partir de la convicción de que el cliente, como ser humano que es, raramente está del todo satisfecho, lo cual ha de constituir un constante reto de superación permanente para el proveedor de la atención de cuidados. Conviene no olvidar que el producto o servicio que el cliente obtiene no suele ser más que un medio para satisfacer su auténtica necesidad. Las necesidades objetivas e implícitas se satisfacen con un desempeño profesional que frecuentemente no es presenciado por el cliente; en muchos casos no es capaz de juzgar esta “calidad interna, calidad de producto o del servicio” por lo limitado de sus conocimientos técnicos, interviniendo entonces el nivel de instrucciones de cada usuario.

El profesional de enfermería competente debe poseer actitud de empatía,

amabilidad, respeto por la persona humana (atención de sus necesidades afectivos), paciencia y buena comunicación de acuerdo a la capacidad de comprensión del paciente, quien tiene muchas necesidades psicológicas experimentando sentimientos de inferioridad y necesidades emocionales, se siente solo(a) e inseguro(a). Estos problemas son exacerbados a menudo por quienes lo ordenan. La experiencia clínica demuestra que la enfermera puede disminuir muchas de estas necesidades. No obstante para fomentar una sensación de utilidad y bienestar en los pacientes, las enfermeras deben tratarlos como seres humanos capaces y útiles, a través de la comprensión de sus sentimientos para poder anticipar sus necesidades y efectuar las intervenciones pertinentes, esa comprensión afectiva es una cualidad esencial para el planeamiento eficaz de las actividades adecuadas a las necesidades y capacidades del paciente, además su cuidado requiere un interés consistente y cariñoso ,demostrando tanto en su actitud como palabras, sentirse verdaderamente apreciado levanta el ánimo del paciente y lo motiva a realizar actividades que aumenta su autoestima . Las enfermeras deben procurar comunicar a los pacientes que son capaces de llevar a cabo tareas que busquen la satisfacción de sus necesidades, que su compañía vale la pena y respetan sus opiniones. Maslow menciona “El individuo debe sentirse valioso como ser humano, es decir auto estimarse, debe sentir también que su familia y los demás con lo que entra en contacto lo consideran una persona con valor y digna”, además se debe dejar que exprese sus necesidades y sentimientos.

1.2. Delimitación de la investigación.

La presente investigación se realizará en los padres del menor hospitalizado en el servicio de pediatría de EsSalud Huancayo.

En cuanto a la delimitación teórica, se trabajó con los planteamientos Freud, James y Winsbagger, luego de Rogers y Maslow, Frederik Herzberg, y los instrumentos contruidos según criterios de Likert.

1.3. Formulación del problema.

1.3.1. Problema general.

¿Cuál es el grado de satisfacción de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría de EsSalud - Huancayo 2009?

1.3.2. Problemas específicos.

- a. ¿Cómo es la calidad de atención de enfermería en el servicio de pediatría de EsSalud Huancayo?
- b. ¿La percepción de los padres permitirá realmente calificar la calidad de atención de enfermería?
- c. ¿La recuperación del niño depende del tipo de atención de enfermería que recibe en el servicio de hospitalización?

1.4. Formulación de objetivos.

1.4.1. Objetivo general.

Determinar el grado de satisfacción de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría de EsSalud Huancayo.

1.4.2. Objetivos específicos.

- a. Evaluar el grado de satisfacción de los padres sobre la atención que reciben sus hijos en el servicio.
- b. Valorar la calidad de la atención de enfermería en el servicio de pediatría de EsSalud Huancayo.

- c. Identificar indicadores específicos de la población de padres de familia.

1.5. Justificación de la investigación.

El estudio de investigación servirá para establecer el grado de satisfacción de los padres sobre la atención que brinda la profesional de enfermería.

Relevancia social: Este estudio es de suma trascendencia para profesionales de enfermería que laboran dentro del servicio de pediatría, y para la población de padres cuyos hijos demandan atención de salud dentro del establecimiento quienes se beneficiarán con los cambios que se puedan originar en base a los resultados que emergen de esta investigación. En conclusión, se puede decir que tiene mucha implicancia social en razón de mejorar la calidad de atención para disminuir los altos índices de morbilidad, complicaciones y secuelas que afectan a la población infantil.

Implicaciones prácticas: a través de los resultados se podrán sugerir la inclusión de modificaciones en cuanto a la atención de enfermería al menor hospitalizado. Se podría decir que este estudio sí tiene implicancias trascendentales ya que ayudará a solucionar otros problemas relacionados con la calidad de atención que se brinda a la población en otros servicios. Así mismo se busca mejorar el desempeño del personal de salud en cada una de sus labores, logrando un mayor grado de eficiencia y calidad en el servicio prestado a los usuarios por el personal de enfermería.

Valor teórico: El resultado de esta investigación ayuda en cierta forma a la teoría de la calidad de atención de salud que día a día se muestra cambiante en razón al desarrollo tecnológico y científico. Así mismo permite conocer la

relación de estas variables en bien de mejorar la satisfacción del usuario.

Utilidad metodológica: Este estudio sí puede generar nuevos instrumentos de medición para valorar la satisfacción de los usuarios que reciben atención de salud.

Viabilidad: El estudio a efectuar cuenta con los criterios de factibilidad ya que los recursos humanos, financieros y materiales están al alcance de la investigadora.

Consecuencias: Como todo estudio de investigación hay que vencer y controlar adecuadamente las repercusiones éticas, ya que se trata de un estudio sobre la calidad de atención y satisfacción del paciente por lo tanto hay que prever las consecuencias negativas que podría tener principalmente para los profesionales de salud.

1.6. Limitaciones de la investigación.

- Habiendo revisado la literatura, en nuestro medio nacional, se han encontrado otros estudios de investigación referentes al presente.
- Los resultados de esta investigación solo pueden ser inferenciados dentro del ámbito donde se ejecutará.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio.

- a. Juana Díaz Garza, Margarita Aguilar Sanmiguel, Mirtala Camacho Grimaldo, Catalina Cordero. En el Hospital Infantil De Monterrey México-2003, Realizaron la tesis titulada “calidad de atención de enfermería en segundo nivel, al paciente pediátrico en opinión del familiar” servicios de salud de nuevo león el presente estudio se realizó con la finalidad de conocer la opinión del familiar del paciente pediátrico sobre la calidad de atención de enfermería que éste recibe, para el logro de nuestro objetivo se aplicaron encuestas a familiares de pacientes hospitalizados, tomando en cuenta seis índices para evaluar la calidad, como son: humanización y comunicación del cuidado, calidad técnica del cuidado de enfermería y apoyo al familiar, continuidad del cuidado de enfermería, eficiencia-resultado del cuidado de

enfermería, medio ambiente físico del servicio, y disponibilidad de la enfermera. se obtuvo como resultado que existe debilidad relevante en los siguientes índices: humanización y comunicación del cuidado, calidad técnica del cuidado de enfermería y de apoyo al familiar, y eficiencia-resultado del cuidado de enfermería. en base a dichos resultados se llegó a la conclusión de que la calidad total de la atención de enfermería es regular con un 76.2% en la unidad de estudio. Con esto, se aporta información relevante como una oportunidad a directivos de dicha institución, para la planeación de programas de sensibilización y actualización.

- b. Melvin Ricalde Castro Prieto, Hugo Villagarcia Zecereda, Santiago Saco Méndez (2003). Realizaron la tesis titulada “Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del hospital Antonio Lorena: Mayo-agosto del 2003” Reporta que la mayor parte de los usuarios (53.7%) de los servicios de hospitalización del Hospital Antonio Lorena está medianamente satisfecho, el porcentaje de usuarios satisfechos es de 40.3%, y los usuarios insatisfechos con el servicio corresponden al 6%. El grado de satisfacción se relaciona con múltiples factores, que no solo involucran el proceso de atención misma sino también factores como los socio demográfico y grado de instrucción.
- c. Martha Chang de la Rosa, María del Carmen Alemán Lage, Mayilée Cañizares Pérez y Ana María Ibarra (2002) Realizaron la tesis titulada “Satisfacción de los pacientes con la atención médica”. Se realizó un estudio transversal para identificar la satisfacción de los pacientes con la atención médica brindada en los Policlínicos Principales de Urgencia (PPU) del municipio 10 de octubre. Para ello se aplicó un cuestionario autoadministrado

a los pacientes seleccionados. La muestra quedó conformada por 328 pacientes. La satisfacción encontrada es menor que la esperada. Las insatisfacciones encontradas están por encima de los límites establecidos. Los elementos que guardan mayor relación con respecto a la satisfacción fueron el ambiente físico y el trato recibido por el personal que brinda los servicios de salud. Se recomienda realizar nuevas investigaciones y el análisis de los resultados obtenidos en este estudio, con el fin de conocer cómo marcha su funcionamiento y el nivel de satisfacción que se alcanza.

- d. Tarco Delgado Rigel, Saco Méndez Santiago y otros de su estudio (2002) Realizaron la tesis titulada “Grado de satisfacción laboral del usuario interno en los establecimientos de salud de la Red Quispicanchis - Acomayo – Cusco” reporta: El presente trabajo, realizado en el periodo comprendido entre el año 2001 - 2002, pretende dar a conocer los resultados obtenidos de la medición del grado de satisfacción laboral de los trabajadores de salud de la red Acomayo - Quispicanchis-cusco. La investigación descriptiva - transversal, tomando como muestra a 75 trabajadores repartidos en los establecimientos de salud de la red Acomayo - Quispicanchis, da como resultado un puntaje de 3.23 - tomando como criterio de 1 (insatisfacción total) a 5 (satisfacción total) - denotando satisfacción. el puntaje alcanzado en el área de percepción de confort (3.14) y eficiencia (3.63) denoto satisfacción, mientras que en el área de motivación (2.93) correspondió a insatisfacción.
- e. Rafael Cortez, Arlette Beltrán, Mariella Bautista y Carlos Carrillo (2000) Realizaron la tesis titulada “Estudio sobre análisis de la demanda por

servicios de salud”. Los resultados del estudio indican que el comportamiento de los usuarios, que se mide sobre la base de la cantidad demandada de los servicios de salud, fluctúa debido a variaciones de los precios de consulta, la calidad de la atención y los cambios en otros factores socioeconómicos que influyen en la demanda por servicios de salud.

- f. Margarita Petretera; Luis Cordero, Augusto Portocarrero y Cristina Urbina. (2000) Realizaron la tesis titulada “Estudio Equidad en la Atención de Salud”. dicho estudio explora el grado de inequidad en la atención de salud a través de dos objetivos específicos, establecer el grado de inequidad horizontal en el acceso a los servicios de salud (definida esta como la situación en la que cada individuo es atendido de acuerdo a sus necesidades, independiente del lugar que ocupa en la distribución de ingreso) y definir el grado de progresividad del subsidio público en salud para cada decil de la distribución del ingreso. En lo que concierne al primer objetivo, utilizan la metodología de Eddy van Doorslaer y Adam Wagstaff para medir la inequidad horizontal en la provisión de la atención de salud, dicha metodología busca medir la diferencia entre necesidad en salud y la atención médica a través de la distribución del ingreso. En el segundo objetivo que es visto desde la distribución de recursos, es decir por el lado de la oferta, utilizaron la metodología aplicada por Marcelo Selowsky que distribuye el subsidio público en salud en relación a la distribución del ingreso.
- g. Orcilia Rodríguez Gómez, Mireya Castillo. Cuba -2000. Realizaron la tesis titulada “calidad en la atención al quemado” cuyo objetivo fue valorar la calidad de atención de enfermería en el paciente quemado. se realizó un

estudio descriptivo, retrospectivo en 99 pacientes ingresados en el servicio de Caumatología del hospital pediátrico norte "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de Santiago de Cuba. La mayoría de los pacientes se clasificaron en menos leves. el tipo de quemadura más frecuente fue la dérmica ab, el proceder más evaluado en el personal de enfermería fue el lavado de manos, cura oclusiva y signos vitales. el personal de enfermería fue capaz de cumplir acciones que contribuyeron a una recuperación rápida de los pacientes. el desempeño de este personal y la calidad de su atención se consideró buena.

2.2. Bases teóricas-científicas.

LA SATISFACCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD:

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

La Psicología es una de las ciencias que más se ha dedicado a este tema. Múltiples teorías, representaciones empíricas, aproximaciones metodológicas desde finales del siglo pasado e inicio del presente han confirmado la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano convirtiéndose, en algunos casos, en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica comportamental. Si alguna duda se albergara bastaría con recordar los nombres primero de Freud, James y Winsbagger, luego de Rogers y Maslow, y más recientemente de la convertida en

"best seller" teoría de las emociones intelectuales, o de la pujante programación neurolingüística.

El porqué de la importancia de la satisfacción en los sistemas de regulación del comportamiento humano es algo que hasta le fue difícil explicar al prestigioso Sigmund Freud ante sus auditores de la antigua Viena (aunque, a decir verdad, la explicación psicoanalítica, sin demeritar lo notable de su autor, me resultan en extremos azarosas y muy comprometidas con algo que pienso tiene que ver con la intimidad de lo humano, y no con el comportamiento de las instituciones).

Si bien la Psicología tradicionalmente explicitó el vínculo entre satisfacción y comportamiento de una manera clara y que en principio tiene en su base una coherencia empírica con las representaciones intuitivas, aunque las trasciende ampliamente, los más recientes estudios no se conforman con cualquier tipo de comportamiento.

Ahora se trata no solo de que se haga lo que se tiene que hacer, que las personas logren sentirse bien, que quieran seguir en el mismo lugar, en el mismo camino, sino que lo hagan excelentemente. La relación que se nos impone tiene que ver con la búsqueda de respuestas a la pregunta: ¿Qué tiene que ver la satisfacción con la excelencia?

La satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción. No hay imagen de excelencia ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como

un indicador y como un instituyente esencial.

Pero como casi siempre sucede, los fenómenos de los que hablamos no pertenecen por entero al mundo de lo tangible, de lo directamente observable y cuantificable. Como fenómeno esencialmente humano, la satisfacción, así como la excelencia se resiste a un mero tratamiento estadístico. Y esto no es casual. La satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, y culmina en él mismo, estamos haciendo referencia a un fenómeno esencialmente subjetivo desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no.

Constituirían entonces puntos centrales a presentar y discutir en esta mesa redonda sobre el tema que nos ocupa: la naturaleza subjetiva de la categoría satisfacción y las implicaciones metodológicas que supone su medición o conversión en un indicador de calidad.

Una breve referencia semiológica nos hace encontrar como definición de satisfacción: "la acción de satisfacer, gusto, placer, realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja"(1). Al ser definida como la acción de satisfacer, pudiéramos, siendo más exquisitos aún observar qué significa satisfacer: "Pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar...Gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz. Estar conforme uno con algo o alguien".

Evidentemente cuando leemos esta definición nos damos cuenta de lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho. Pero algo más allá de esta primera impresión, resulta evidente desde una lógica deductiva elemental. Se

trata de dos aspectos esenciales:

- a. La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.
- b. Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como "satisfactor" o no.

La satisfacción entonces no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. Entiéndase, no es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que, como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro.

De forma más sencilla pudiéramos decir refiriéndonos a lo que sucede a diario en nuestras instituciones de salud: Hay un sujeto (paciente) que viene a nosotros esperando algo, evaluando si lo que esperaba es lo que obtiene o no y eso constituye la medida de la satisfacción que siente. Hay otros sujetos (personal de salud) que dan algo al que espera y que también esperan y evalúan por ese algo que dan, y eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el próximo dar que brindan al próximo paciente que espera. Pero a su vez el propio personal de salud es un sujeto demandante al interno de aquella institución de la cual el ahora deviene sujeto con una expectativa, sujeto expectante.

Toda esta complicada trama (que diría más bien es todo un drama) nos permite irnos acercando a lo que fue la pregunta inicial que me hicieron en esta mesa ¿es la satisfacción entonces un indicador de excelencia en la calidad de la atención en salud?

Sin dudas es un indicador, eso ya lo hemos dejado claro, más aún, es un instrumento de la excelencia (1).

Satisfacción y las dos variables fundamentales:

a. La complejidad del proceso.

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

- Las variables intrasubjetivo del cliente (paciente).
- Las variables intrasubjetivas del prestador de servicios de salud.
- El proceso de interrelación que se produce entre ambos.
- Las condiciones institucionales.

b. El cliente (paciente)

El "paciente" (o cliente) que acude a una institución de salud, puede venir por muchas razones, pero la esencial pudiera ser sin dudas solucionar un problema de salud.

En el transcurso por esta búsqueda de solución establece mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, recibe mejor o peor trato, establece amores y odios, esperanzas y frustraciones, soluciona o no soluciona el problema por el que vino.

Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido, o como dicen muchos "hicieron todo lo posible". Puede

solucionar el problema y salir insatisfecho porque le cayó mal alguien o algo, o porque tuvo que esperar mucho un día o porque es alguien querellante, "protestón" o amargado.

Con esto quiero hacer énfasis en algo: Las expectativas que el paciente trae no tiene que ser necesariamente solucionar el problema de salud por el que vino (sí esto fuera así nosotros los psicólogos y nuestros colegas los psiquiatras tuviéramos listados interminables de quejas de los pacientes neuróticos que atendemos). La expectativa de cada paciente es única y está también sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución de salud.

El prestador de los servicios de salud.

En honor a la verdad, es en aquella palabra queja, en la que nos centramos muchas veces para evaluar la competencia profesional de muchos de los trabajadores de la salud, sin embargo, buenos profesionales de la salud pueden recibir una queja de un paciente muy exigente, o de un paciente donde se procedió de un modo tan correcto e instituido que no era lo que el mismo esperaba, o sencillamente de un paciente pesado (porque de que los hay los hay) profesionales no muy capaces, pero simpáticos, sociables, dicharacheros, logran los mejores calificativos aunque ejecuten las mayores chapucerías técnicas, y como decimos vulgarmente "no pasa nada", "todo el mundo sale contento", y como es tan cómico el médico, o tan bien parecido ¿para qué quejarme?, si como dice el cuento: "Después de todo me divertí bastante".

Esta es una parte del análisis de este eslabón del proceso. La otra sería el considerar un principio elemental del funcionamiento psíquico humano: es muy

difícil dar lo que no tenemos. Quiero decir si estamos muy insatisfechos en nuestra vida y en nuestro trabajo, es muy difícil que podamos satisfacer al que acuda en nuestra ayuda.

Mientras más satisfechos en su labor estén los que deben brindar una atención de calidad, más probabilidades existen de que se logre una atención satisfactoria.

Una atención de calidad no es necesariamente indicadora de atención satisfactoria, y cuando esto sucede, el que brinda los servicios de salud debe saber identificar las posibles variables que estuvieron implicadas en este proceso y debe saber reconocer cuáles fueron las Trampas de la Excelencia en las que quedaron atrapados.

La comunicación como fuente generadora de insatisfacciones. Puede suceder que le hayamos dado un exceso de información al paciente sobre lo óptimo a realizar en su caso, sobre todos los procederes posibles, en fin que vayamos sin darnos cuenta aumentando sus expectativas (por pretender ser excelentes), las cuales luego por alguna razón no llegan a cumplirse y provocan un estado de insatisfacción en el paciente. "Las expectativas afectan los niveles de satisfacción".

Puede ser que le hayamos confirmado una acción que no se cumple: " hoy vienen a hacerle la interconsulta de dermatología", y ese día no aparece nadie.

Puede ser que se le haya hecho notar una deficiencia que él mismo no había notado o a la que no le dio suficiente importancia: "qué salada estaba la comida hoy".

Es en el modo en que nos comunicamos, y en el modo de pretender a veces

ser tan excelentes, que generamos fuentes de insatisfacción en nuestros pacientes.

La imagen del profesional y la institución. Hace un tiempo se puso de moda una canción que en uno de sus estribillos decía: "somos lo máximo". Si uno está ante lo máximo, espera lo máximo, si nos atiende una eminencia de la medicina en el mejor hospital, la atención esperada es también la máxima. A veces un fracaso puede ser el resultado de una excesiva propaganda. Sería mejor decir: "Somos lo que somos", evalúe Ud.

El cumplimiento de los indicadores de eficiencia en la atención hospitalaria. Disminuyendo la estadía, o viendo a todos los casos que lo necesitan, a modo de ejemplo, pudiéramos caer en la trampa de no hacer las cosas como se deben, y brindar con ello una atención de menor calidad y más probable de ser evaluada insatisfactoriamente.

¿Se puede maximizar la satisfacción del cliente y minimizar los costos? a esta pregunta es "no se puede". Este cuestionamiento hecho para las grandes empresas, es imprescindible hacerlo en el área de la salud, máxime cuando somos un sector que no producimos bienes materiales, que gastamos constantemente recursos.

Minimizar los costos tratando de lograr un nivel mínimo de satisfacción constituye todo un reto sólo posible de lograr con un total dominio de todo el proceso que estamos describiendo y con una excelente dirección y cooperación de todos los factores intervinientes.

¿Mínimo es excelencia?, La satisfacción entonces como indicador de excelencia, estaría necesitada inevitablemente de un análisis económico. Con pocos recursos económicos tenemos más posibilidades de que existan

insatisfacciones en el paciente o en el prestador de los servicios de salud. La excelencia en la satisfacción está inevitablemente atravesada por la economía, y es un factor que no debemos nunca perder de vista a la hora de valorar lo sucedido en el proceso. (1)

Medición del indicador: satisfacción.

A quién evalúo:

En la actualidad, la evaluación de la satisfacción de los pacientes con los servicios que reciben constituye toda una exigencia (2) en tanto los rangos de satisfacción del paciente están siendo usados para juzgar la calidad de la atención médica, e incluso, en ciertas prácticas médicas, para determinar los reembolsos (3).

Implicar a los consumidores de los servicios de salud en las actividades de evaluación de la calidad de los mismos es un requisito para mejorarla por lo que se está poniendo especial atención en el análisis crítico de las implicaciones metodológicas de reconocer como elemento clave en el mejoramiento de los servicios la participación de los consumidores (4). Así, se planifican estrategias y desarrollan nuevos programas tomando en consideración las necesidades y los intereses de la población de acuerdo a sus propios criterios u opiniones (5).

Pero el problema de la medición de la satisfacción como indicador de excelencia de la calidad no debe quedarse sólo al nivel de la evaluación de los consumidores, pues sería como fraccionar todo el proceso. En mi opinión una correcta evaluación de los indicadores de satisfacción debe implicar también al dador, al productor de.

Esto hace que la complejidad metodológica del proceso se acreciente.

Habría que indagar cuando la satisfacción es como indicador de excelencia de la calidad de la atención en una institución de salud se trata, al cliente directo (paciente), al cliente indirecto (familiar), y al personal de asistencia.

Cada uno de estos grupos tendría sus particularidades y sus métodos propios de estudio. Cada uno de estos grupos tendría subgrupos (por ejemplo, no es lo mismo un paciente internado en Cirugía que en Medicina Interna, como no es lo mismo un paciente hospitalizado que uno de Consulta Externa) que tienen sus especificidades, y todos estos elementos deben de tenerse en cuenta a la hora de determinar lo que vamos a medir y el instrumento con que vamos a medir el indicador.

Qué evalúo:

Es necesario ante todo tener en cuenta de qué concepto de satisfacción vamos a partir para la evaluación. Existen algunas dimensiones referidas:

- 1.- Evaluación de la satisfacción del paciente tomando como medida la competencia del profesional.
- 2.- Evaluación de la satisfacción del paciente tomando como medida las cualidades personales y accesibilidad de los que brindan los servicios. (6)
- 3.- Evaluación de la satisfacción en función de los resultados del tratamiento (7).
- 4.- Evaluación de la satisfacción como el resultado de una relación entre expectativas traídas y cumplidas.

Cualquiera sea la dimensión sobre la que indagemos, es necesario tener claro de que el resultado como indicador quedaría limitado sólo a la dimensión sobre la cual estamos trabajando, por lo que el criterio sería: está satisfecho con respecto a ...algo.

Con qué instrumento evaluó:

Múltiples encuestas andan por todas partes referidas para el estudio de la satisfacción. Cualquiera de los aquí presentes ha elaborado alguna u otra. Sin embargo, tendríamos que cuestionarnos hasta qué punto han sido reales instrumentos de medición del fenómeno que se pretende estudiar.

Pienso que uno de los obstáculos que ha impedido el desarrollo del estudio de la satisfacción como indicador de excelencia, ha sido precisamente la superficialidad con que instrumentalmente ha sido evaluado. Al no conocerse lo que realmente es, cualquiera puede medirlo con cualquier cosa, y se trata sin lugar a dudas de un complejo fenómeno del que bastante poco sabemos.

Realmente toda un área de trabajo se abre ante esta última pregunta de ¿con qué instrumento evaluó? Lo importante parece ser no los instrumentos que se empleen (Observación, entrevistas, encuestas, grupos focales, etc.) sino la rigurosidad científica con que sean puestos en práctica cualquiera de ello y la especificidad y particularidad de su estudio en los diferentes grupos y situaciones que abarcan las instituciones de salud.

En este mundo de objetividades y subjetividades, en este mundo de dolor y bienestar que son sin duda las instituciones de salud, aspirar a lo excelente no es sólo un propósito, sino un derecho de todos los hombres que actuamos en este campo de trabajo.

No sé si estoy satisfecha o no con estas reflexiones que les he traído. Siempre que uno escribe tiene la sensación de que podría haber dicho más con menos, de que podría haber sido más explícito o que podría haber empleado un mejor estilo literario, aunque no me dedico a escribir, en fin de que me podría

haber salido mucho mejor. Esa eterna inconformidad del ser humano es lo que genera su eterna insatisfacción, y es lo que genera ¿por qué no? Su constante búsqueda por lo mejor, por lo óptimo, por lo excelente. Creo que este es un principio que diferencia al hombre de estos tiempos y de las sociedades contemporáneas

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

La satisfacción del cliente es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del cliente influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa.

La satisfacción del cliente puede influir en:

- El hecho de que el cliente procure o no procure atención,
- El lugar al cual acuda para recibir atención,
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios,
- El hecho de que la gente que necesita planificación familiar adopte un método anticonceptivo,
- El hecho de que el cliente siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios sobre el uso correcto,
- El hecho de que el cliente continúe o no continúe usando el método,
- El hecho de que el cliente regrese o no regrese al prestador de servicios y
- El hecho de que el cliente recomiende o no recomiende los servicios a los demás (8, 9,10).

La satisfacción del cliente depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de las expectativas del cliente. El cliente está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas (11). Si las expectativas del cliente

son bajas o si el cliente tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. Como dijo una mujer pobre en Bangladesh: "Aunque se portaron mal, tengo que estar satisfecha. Somos afortunados si podemos al menos obtener los medicamentos gratis que ofrecen en la clínica" (12).

Los clientes en los establecimientos de salud, por lo general, esperan recibir atención de calidad deficiente, la aceptan sin quejarse y hasta expresan satisfacción cuando participan en encuestas (12). La satisfacción del cliente, según expresada en entrevistas y encuestas, no significa necesariamente que la calidad es buena; puede significar que las expectativas son bajas. Es posible que el cliente diga que está satisfecho porque quiere complacer al entrevistador (13), porque teme que no se le presten servicios en el futuro, debido a las normas culturales en contra de las quejas, o porque responde positivamente a la palabra "satisfecho".

Por lo tanto, los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los clientes no se quejan. Aun los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajos como el 5%, deben tomarse en cuenta seriamente.

Cuando el cliente percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención (14). Los clientes a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que constituyen buena calidad. En respuesta a tales exigencias, ha habido casos de médicos peruanos que han recetado medicamentos innecesarios

para la diarrea infantil o casos de profesionales de salud indonesios que han administrado inyecciones innecesarias a adultos enfermos. En ambos casos, los profesionales de salud temían que sus clientes acudieran a otros prestadores de servicios si no recibían la atención que esperaban. El orientar a los clientes e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada suelen ser aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.

La satisfacción del cliente es un indicador importante de la calidad de servicios. No obstante, resulta difícil evaluar la satisfacción del cliente. Los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas del cliente. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los clientes afirman estar satisfechos independientemente de la calidad real. Además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud (por ejemplo, la presencia de efectos secundarios) pueden afectar la satisfacción del cliente a tal nivel que no refleje el proceso de prestar atención.

A fin de vencer estos obstáculos, los investigadores están explorando diferentes maneras de medir y analizar la satisfacción del cliente. En las entrevistas de salida, se puede solicitar a los clientes que relaten lo que sucedió durante la consulta, en vez de evaluarlo. En las entrevistas a fondo y en las discusiones de grupo focal se puede indagar para obtener información detallada, en lugar de hacer preguntas generales sobre la satisfacción (14). Un cliente simulado o cliente anónimo (es decir, un miembro de la comunidad capacitado que simule procurar servicios) puede evaluar la satisfacción del cliente, según la suposición discutible que él/ella comparte las percepciones reales del cliente.

Elevando las expectativas del cliente

La mayoría de los esfuerzos para mejorar la calidad en el campo de la salud y la planificación familiar se han enfocado en la prestación de servicios y en otros factores relacionados con los suministros. Asimismo, es importante desarrollar una expectativa de buena calidad entre los clientes de manera que ellos exijan servicios de buena calidad. Los programas de salud pueden educar a los clientes sobre la calidad de atención que deben esperar y corregir los conceptos erróneos de varias maneras; entre ellas figuran mostrar carteles y folletos en las clínicas, convocar reuniones y eventos comunitarios, y utilizar los medios masivos de comunicación, tal como lo hace el Programa de la Estrella Dorada en Egipto. Uno de los enfoques consiste en crear un modelo para el comportamiento, es decir, presentar ejemplos de comportamiento deseable para que la gente lo imite. Al presentar simulaciones o sociodramas de visitas a clínicas en los medios masivos de comunicación, se puede demostrar qué es la atención de buena calidad tanto a los clientes como a los profesionales de salud; por ende, se puede crear nuevas y más altas normas de calidad. Por ejemplo, en el Proyecto de Comunicación por Radio realizado en Nepal, se crearon dos programas de radio complementarios, una telenovela para el público y una serie de educación a distancia para los profesionales de salud, a fin de ayudar a cambiar tanto las actitudes de los clientes como las de los profesionales de salud. Los programas de radio mostraron a los prestadores de servicios como personas respetuosas y atentas. También mostraron a los clientes como participantes en su propia atención. Asimismo, los programas les enseñaron a los profesionales de salud cómo desarrollar mejores habilidades de comunicación interpersonal (15). El escuchar los programas de radio ayudó a los prestadores de servicios a mejorar

apreciablemente sus habilidades de orientación, incrementó la participación de los clientes y aumentó el uso de servicios de planificación familiar.

Otro enfoque, utilizado por programas en Bolivia, Egipto, Ghana, India, Indonesia y Kenya, es mejorar la imagen pública de los prestadores de servicios, así como sus habilidades. Al promover el hecho de que los profesionales de salud son competentes y les importa la salud de sus clientes, una campaña de comunicación puede elevar las expectativas públicas con respecto a la calidad de atención. Cualquier comunicación dirigida hacia los clientes debe vincularse a la capacitación y a otros esfuerzos que mejoren la calidad de atención. Si la imagen de un programa es mejor que la realidad, los clientes quedarán desilusionados e insatisfechos.

Los profesionales de salud como clientes internos

Los miembros del personal de una organización pueden considerarse "clientes internos" porque reciben productos y servicios esenciales para su trabajo por parte de sus compañeros de trabajo (16). Los gerentes deben escuchar y responder a las necesidades de los proveedores iniciales, supervisores y otros clientes internos en la misma forma en que escuchan y responden a las necesidades de los clientes externos. El marco conceptual de la IPPF: Derechos del cliente y necesidades del profesional de salud, reconoce que es importante apoyar a los proveedores iniciales para garantizar la buena calidad.

Los prestadores de servicios de planificación familiar dependen de sus compañeros de trabajo para obtener y mantener el equipo, para asegurarse de que se disponga de suministros, para archivar registros, para proveer capacitación y supervisión, para referirles clientes y aceptar referencias de ellos, y para realizar

muchas otras tareas (17). Cuando los compañeros de trabajo no cubren estas necesidades, se les hace más difícil a los profesionales de salud prestar servicios de buena calidad.

En vez de culpar a los miembros del personal por los defectos de un programa, los supervisores deben revisar y reorganizar los sistemas de respaldo para facilitar su trabajo. Por ejemplo, los gerentes en el Hospital Masaka en Uganda mejoraron los servicios de atención primaria al proveer a los profesionales de salud con uniformes, horarios de trabajo, supervisión regular, suplementos de sueldo extraídos de las tarifas que se cobran a los clientes, y una existencia constante de suministros. Anteriormente, muchos de los pacientes ambulatorios esperaban todo el día sin recibir tratamiento, lo cual se debía, en gran medida, al hecho de que los profesionales de salud no contaban con la motivación y supervisión adecuada y se les pagaba muy poco. El nuevo sistema eliminó las largas esperas, y tanto los pacientes como el personal expresaron mayor satisfacción. El uso de servicios ambulatorios aumentó en un 47% después de seis meses.

En el caso del personal, la satisfacción y el desempeño en el trabajo suelen variar según las expectativas. Cuando los miembros del personal esperan que todos trabajen juntos para mejorar la calidad, pueden instar a sus compañeros de trabajo a mejorar. Por ejemplo, un equipo para el mejoramiento de la calidad en una clínica de salud costarricense inicialmente elevó las expectativas del personal al mejorar el flujo de registros médicos. A medida que este enfoque comenzó a dar resultados, todos participaron en él. Por ejemplo, los empleados de laboratorio comenzaron a ayudar en el área de recepción durante las horas matutinas con

mayor tránsito de clientes (17).

Qué desean los clientes.

En todo lugar, las personas continuamente evalúan la calidad de los servicios que reciben. Dadas una opción, ellas escogen prestadores de servicios e instalaciones que ofrecen la mejor atención disponible, según la perciben. Por ejemplo, en un estudio del programa de la Estrella Dorada en Egipto, en un período de dos años la casuística aumentó más en las clínicas que cubrieron al menos el 90% de los indicadores de calidad. En este análisis se controló para el efecto de factores de línea básica, tales como la localización de la clínica, que afectan la cantidad de clientes que procuran servicios en una instalación. Los clientes que regresaron, quienes ya conocían la calidad de los servicios prestados en la clínica, explicaron la diferencia en el flujo de clientes.

En entrevistas realizadas en Nigeria también se reveló el poder que conlleva la buena calidad para atraer a los clientes. Casi un 40% de las mujeres entrevistadas no acudieron a la clínica más cercana. Entre las mujeres que fueron a las clínicas más remotas, 9 de cada 10 mujeres afirmaron que la razón fue mejores servicios en las clínicas más distantes. Asimismo, las mujeres rurales en Perú declararon haber cambiado de prestadores de servicios en el sector público a prestadores en el sector privado para recibir mejor atención.

¿Cómo juzgan los clientes la calidad de los servicios de planificación familiar y de otros servicios de salud? Cada vez más investigaciones están descubriendo qué desean los clientes y cómo medir la satisfacción del cliente. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, los clientes comparten siete inquietudes principales (17). Éstas son las siguientes:

- a.- Respeto.** El cliente desea ser tratado respetuosa y amigablemente. El cliente interpreta la cortesía, confidencialidad y privacidad como signos de que los prestadores de servicios lo están tratando con equidad. En Bolivia, por ejemplo, cuando una médica se disculpó por un retraso frente a un cuarto lleno de mujeres en espera, y les explicó la causa del retraso, ella cambió las percepciones negativas de las clientas con respecto a la clínica. Lidar con prestadores de servicios que las tratan mal es más de lo que algunas personas están dispuestas a tolerar.
- b.- Comprensión.** El cliente valora el servicio individualizado y prefiere ser atendido por alguien que se esfuerza por entender su situación y necesidades específicas. El cliente desea que los prestadores de servicios lo escuchen, le expliquen las opciones en términos que pueda entender y le aseguren que los problemas se pueden resolver y serán resueltos. Cuando los prestadores de servicios no cubren estas necesidades, es posible que un cliente frustrado se dé por vencido. "Tomé la píldora por un año. Me sentí mareada y perdí mi apetito. Hablé [con los trabajadores comunitarios] al respecto, pero no dijeron nada," explicó una cliente de un programa comunitario en Bangladesh. "Por lo tanto, dejé de tomar la píldora, y entonces me sentí mejor. Luego quedé embarazada por tercera vez."
- c.- Información completa y exacta.** El cliente valora la información. Le preocupa que los prestadores de servicios de planificación familiar no le digan todos los hechos, especialmente información negativa sobre los métodos anticonceptivos. En Indonesia, por ejemplo, los clientes comúnmente creían que podían saber la verdad sobre los efectos secundarios

sólo por medio de amigos o parientes y que las parteras sólo les hablarían sobre las ventajas de un método.

- d.- Competencia técnica.** El cliente puede y suele juzgar la competencia técnica de los servicios que recibe, aunque no siempre use los mismos criterios del prestador de servicios y no sea preciso técnicamente. Por ejemplo, unos clientes entrevistados en Chile basaron sus opiniones en la limpieza de la clínica; en Kenya y Zambia, en la forma en que fueron examinados; y en Indonesia, en los tipos de medicamentos que recibieron. En definitiva, el cliente juzga la competencia técnica conforme al hecho de que se cubran sus necesidades o se resuelvan sus problemas.
- e.- Acceso.** El usuario de planificación familiar desea tener acceso inmediato a los servicios y suministros anticonceptivos. Una ubicación conveniente y servicios prestados con prontitud son importantes, pero el acceso también significa que los servicios son confiables y económicamente accesibles y que no existen barreras. Por ejemplo, el acceso se ve limitado cuando los trabajadores comunitarios fallan en regresar según programado, a las instalaciones se les acaban los suministros, o los prestadores de servicios despachan a los clientes sin ofrecerles orientación ni atención.
- f.- Equidad.** El cliente desea que los prestadores de servicios ofrezcan explicaciones detalladas y exámenes minuciosos a todos por igual. El cliente se queja de que los prestadores de servicios ofrecen tratamiento especial a sus amigos, pacientes, personas de una clase social más alta o ciertos grupos étnicos, a aquellos con conexiones políticas o a aquellos que los sobornan. En estudios realizados en Bangladesh y Nepal, se encontró que los

prestadores de servicios proporcionaron menos información y fueron más irrespetuosos con los clientes más pobres y menos educados.

g.- Resultados. El cliente procura servicios por una razón específica. Se disgusta cuando se le pide que regrese otro día o que vaya a otra instalación, o cuando los prestadores de servicios actúan como si sus quejas o inquietudes no tuvieran importancia. En el caso de unas mujeres en el noreste de Brasil, el obtener los resultados que deseaban tuvo más peso que casi todos los demás factores en la forma en que juzgaron la calidad de atención, incluso que las largas esperas y el tratamiento brusco.

Cambiando las actitudes de los prestadores de servicios

Enfocarse en el cliente significa que los prestadores de servicios, en las palabras de una obstetrix chilena, "...nos ponemos en el lugar del cliente [y] atendemos al cliente como si se tratara de uno mismo". De hecho, una de las formas más eficaces de cambiar las actitudes de los prestadores de servicios es pedirles que reflexionen sobre sus propias experiencias al procurar servicios de salud.

Durante un ejercicio de COPE (Eficiencia del Proveedor Orientada al Cliente) en el Hospital Kumudini en Bangladesh, se utilizó este enfoque para ayudar al personal a apreciar la perspectiva del cliente con respecto a los servicios. El personal del hospital contestó la pregunta: "¿Qué esperaría si usted o uno de los miembros de su familia fuera a una clínica de planificación familiar para recibir servicios?" Al ponerse en la posición del cliente, cada miembro del personal pudo definir la calidad concretamente como una instalación limpia, cómoda y bien equipada; horario flexible; atención pronta y eficaz con mínimo

dolor y pocas molestias; una gama completa de servicios y una vasta selección de métodos; información clara, concisa y exacta; personal competente y cortés; privacidad; y confidencialidad (18).

El enfoque en el cliente es particularmente crucial para la orientación porque ésta provee la base para la toma de decisiones informadas, lo cual es esencial en la prestación de servicios de planificación familiar de buena calidad. Muchos de los prestadores de servicios creen saber lo que más les conviene a sus clientes porque tienen más pericia y más educación o pertenecen a un nivel socioeconómico más alto que sus clientes. Posiblemente duden de la capacidad del cliente para tomar decisiones sabias. Por ello, muchos prestadores de servicios controlan las sesiones de orientación; ellos hacen todas las preguntas y dan instrucciones. No motivan al cliente a participar. Como resultado, los prestadores de servicios no aprenden lo suficiente acerca de las situaciones de sus clientes como para aconsejarlos bien, y puede ser que los clientes no aprendan lo suficiente como para tomar decisiones apropiadas. Puede ser que algunos clientes simplemente estén de acuerdo con todo lo que les sugiera el prestador de servicios.

En cambio, la orientación centrada en el cliente requiere que los prestadores de servicios respeten el conocimiento de cada cliente acerca de su propia situación y que usen su pericia profesional para ayudar al cliente a tomar decisiones bien informadas. Los prestadores de servicios motivan a cada cliente a hablar sobre sus inquietudes. Por ejemplo, en el enfoque de seis pasos hacia la orientación en planificación familiar, conocido por las siglas de ACCEDA, el segundo paso es preguntar al cliente sobre sus necesidades, deseos y

circunstancias. Esta información permite que los prestadores de servicios recomienden prácticas, comportamientos y métodos seguros, adecuados y factibles para ese individuo. Los prestadores de servicios personalizan la información y las instrucciones de manera que cada cliente pueda relacionarlas con su propia vida.

La orientación centrada en el cliente ha resultado ser más satisfactoria tanto para el cliente como para los prestadores de servicios de planificación familiar y de otros servicios de salud (31, 304). También ha mejorado las tasas de acatamiento y continuación del uso de anticonceptivos (19). La orientación centrada en el cliente ha mejorado los resultados entre pacientes con enfermedades crónicas, tanto por medidas objetivas como la presión sanguínea, el azúcar sanguíneo y el alivio de síntomas, como por medidas subjetivas como el hecho de que el paciente evalúe su propia salud (19).

LAS NECESIDADES HUMANAS, SEGÚN A. MASLOW

Elaboración de conceptos.

Al estudiar el planteamiento de Maslow se encuentran conceptos tales como motivación, metamotivación, motivo o deseo, necesidad, jerarquía de las necesidades y autorrealización. A continuación, se procederá a definirlos.

a.- Motivación: Según Maslow se está motivado cuando se sienta deseo, anhelo, voluntad, ansia o carencia. Estaría compuesta por diferentes niveles, cuya base jerárquica de necesidad varía en cuanto al grado de potencia del deseo, anhelo, etc.

b.- Metamotivación: Asociado a los deseos; los metamotivos no comprenden una reducción de tensión y además pueden aumentarla una vez que se han

satisfecho los deseos. Una manera de satisfacer los deseos es el trabajo.

c.- Motivo o deseo: Es un impulso o urgencia por una cosa específica. Existen muchos más motivos que deseos y estos pueden ser expresiones distorsionadas de las necesidades.

Estos se dirigen hacia valores que son sus estados finales. Dentro de los valores se encuentran dos tipos:

- Valores D: Son los fines de las necesidades deficitarias.
- Valores B: Son los fines de los metamotivos y motivos. El logro de estos valores aumenta la tensión y estimula aún más el comportamiento.

Fomentan nuestro ser o existencia como ser humano.

a.- Autorrealización: "Es la realización de las potencialidades de la persona, llegar a ser plenamente humano, llegar a ser todo lo que la persona puede ser; contempla el logro de una identidad e individualidad plena" (20).

b.- Necesidad: Es la falta de algo. Se divide en varios tipos de necesidades:

Necesidades deficitarias o inferiores: Incluye necesidades fisiológicas y psicológicas, necesidades de seguridad, de amor y de pertenecer, y necesidades de estimación. Si hay una distorsión en ellas se producen problemas psicofisiológicos.

Necesidades de desarrollo o superiores: Necesidades para lograr la autorrealización, no son tan poderosas como las necesidades fisiológicas. Se dañan y dirigen de forma errónea mucho más fácilmente que las necesidades primarias y requieren de un gran apoyo de las influencias exteriores.

Jerarquía de las necesidades:

Estructura organizacional con diferentes grados de potencia. Cuando un

nivel de necesidades se satisface se puede pasar al próximo. Las necesidades inferiores son déficit y las necesidades superiores se relacionan con requerimientos del desarrollo.

Según Maslow, las necesidades inferiores son más potentes y tienen prioridades superiores. Una vez satisfechas, aparecen las necesidades superiores y la persona se motiva para satisfacerlas.

Maslow clasifica las siguientes necesidades en orden jerárquico:

a.- Necesidades fisiológicas: Son las potentes de todas y las que tienen menor significado para la persona en busca de la autorrealización. Entre ellas se encuentran la necesidad de liberación de sed y hambre; la necesidad de dormir, de sexo, de alivio del dolor y de desequilibrio fisiológico.

b.- Necesidad de seguridad: Si las necesidades fisiológicas son superadas o no constituyen un problema serio para la persona, las necesidades de seguridad se convierten en la fuerza que domina la personalidad. La mayoría de las personas llegan sólo hasta este nivel y esto se refleja en la preocupación por grandes ahorros, comprar seguros, etc.

Este tipo de necesidades se puede manifestar como miedo. Dentro de este tipo de necesidad se encuentran la necesidad de seguridad, de protección, de estar libre de peligro, de orden y de un futuro predecible.

c.- Necesidad de amor y pertenecer: Son necesidades orientadas socialmente. Depende de que ocurra cierto grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad. Las necesidades de amor son evidentes durante la adolescencia y la edad de adultez joven.

Dentro de éstas se encuentran la necesidad de amigos, de compañeros,

de una familia, de identificación con un grupo y de intimidad con un miembro del sexo opuesto.

- d.- Necesidad de estima:** Son necesidades asociadas a nuestra constitución psicológica. Se pueden subdividir en dos tipos: las que se refieren al amor propio y las que se refieren al respeto de otros (reputación, condición social, fama, etc.). Un trastorno en esta área lleva a un sentimiento de inferioridad que se manifiesta con sentimientos de culpa y de vergüenza. Dentro de ésta se encuentran la necesidad de respeto, de confianza basada en la opinión de otros, de admiración, de confianza en sí mismo, de autoevaluación y de autoaceptación.
- e.- Necesidad de autorrealización:** Son difíciles de describir, ya que varían de un individuo a otro, incluye la satisfacción de la naturaleza individual en todos los aspectos. Las personas que desean autorrealizarse desean ser libres para ser ellas mismas. Las personas que se autorrealizan siguen las conductas dictadas por la cultura acorde a su sentido del deber, pero si éstas intervienen con su desarrollo, fácilmente reaccionan contra ellas. Para que una persona obtenga la autorrealización debe satisfacer muchas necesidades previas para que éstas no interfieran ni utilicen energías que están abocadas a este desarrollo. Dentro de éstas se encuentran las necesidades de satisfacer nuestras propias capacidades personales, de desarrollar nuestro potencial, de hacer aquello para lo cual tenemos mejores aptitudes y la necesidad de desarrollar y ampliar los metamotivos (descubrir la verdad, crear belleza, producir orden y fomentar la justicia).

Maslow a través de sus estudios describió 16 características que las

personas autorrealizadas deben presentar:

- Punto de vista realista ante la vida.
- Aceptación de ellos mismos, de los demás y del mundo que les rodea.
- Espontaneidad.
- Preocupación por resolver los problemas más que pensar en ellos.
- Necesidad de intimidad y un cierto grado de distanciamiento.
- Independencia y capacidad para funcionar por su cuenta.
- Visión no estereotipada de la gente, de las cosas y de las ideas.
- Historia de experiencias cumbre profundamente espirituales.
- Identificación con la raza humana.
- Relaciones profundamente amorosas e íntimas con unas pocas personas.
- Valores democráticos.
- Habilidad de separar los medios de los fines.
- Sentido del humor vivo y no cruel.
- Creatividad.
- Inconformismo.
- Habilidad para alzarse por encima del ambiente más que ajustarse a él.

f.- Necesidad de trascendencia: Es el grado final de motivación, se refiere a un sentido de la comunidad y a la necesidad de contribuir a la humanidad.

Las necesidades de trascendencia también incluyen las necesidades asociadas con un sentido de obligación hacia otros, basada en nuestros propios dones.

Aparte de las necesidades mencionadas, Maslow propone dos

necesidades más: las necesidades cognitivas y las necesidades estéticas, pero no las ubicó en un lugar específico dentro de la jerarquía.

Las necesidades cognitivas o de saber y comprender son motivos que provienen de las necesidades básicas. El ser humano normal lleva intrínsecamente el deseo de saber, ya que no es un ser pasivo y no debe dar las cosas por sentadas. El no satisfacer estas necesidades trae como consecuencia la frustración y el egoísmo.

Las necesidades estéticas incluyen necesidades por el orden, la simetría y el cierre, la necesidad de aliviar tensión producida por una labor no terminada y la necesidad de estructurar hechos. Maslow plantea que alrededores hermosos y circunstancias agradables favorecen el desarrollo de las personas.

Ahora que se han definido los conceptos claves se procederá a la integración de éstos. Si bien la motivación se dirige, fundamentalmente, a la satisfacción de las necesidades y a aliviar las tensiones; y la metamotivación se dirige a la satisfacción del deseo y aumenta la tensión, favoreciendo el desarrollo de la persona, se tiene que ambas son los móviles fundamentales que llevan al individuo al desarrollo de su personalidad y a escalar en la jerarquía de las necesidades.

Se plantean distintos tipos de necesidades que van desde las necesidades más fundamentales y elementales para la supervivencia, siguiendo un orden jerárquico, hasta llegar a la cúspide del desarrollo humano representado, según Maslow, por la autorrealización.

Es necesario satisfacer las necesidades más básicas para poder pasar al

estado siguiente de motivación.

Al pasar de un estado a otro superior las motivaciones van cambiando, ya que las necesidades que se presentan en cada estado son distintas.

No se ha mencionado el estado de trascendencia ya que muy pocas personas han llegado a éste y además Maslow no lo desarrolló mayormente.

Para Maslow las personas están orientadas a emociones tiernas y de bien social y que es el medio quien las corrompe. Una persona necesita apoyo para desarrollarlas (emociones) y satisfacer sus necesidades básicas. Por lo que se ve que el medio también cumple un papel importante al establecer las motivaciones y fomentar el paso de un estado a otro.

Una persona, para satisfacer sus necesidades, debe encontrar los medios apropiados para hacerlo y los satisfactores adecuados, de lo contrario no podrán pasar de un estado de necesidad a otro.

Con respecto a las repercusiones de lo planteado por Maslow se puede ver que la satisfacción de las necesidades y las motivaciones que llevan a esto son la fuerza que llevan a desarrollar la personalidad de los sujetos en todos los ámbitos de la vida. La no satisfacción de las necesidades trae consecuencias negativas para la persona, creando estados de frustración y egoísmo; y si no supera una etapa en su mayoría no se podrá pasar a la etapa siguiente, quedando el desarrollo de la persona estancado en la etapa que no superó.

El ideal es llegar a la autorrealización que involucra el desarrollo de todas las potencialidades del sujeto, pero en realidad no son muchas las personas que lo logran (20).

LA JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES, SEGÚN A. MASLOW

El desarrollo de la personalidad humana se realiza a partir de una necesidad o impulso supremo. Maslow abandona tanto el concepto de impulsos múltiples en la motivación humana, tanto como los conceptos de homeostasis o reducción del impulso, para sugerir una tendencia intrínseca al crecimiento o auto perfección, una tendencia positiva al crecimiento, que incluye tanto los motivos de carencia o déficit como los motivos de crecimiento o desarrollo.

Maslow plantea entonces, dentro de su teoría de la personalidad, el concepto de jerarquía de las necesidades, en la cual las necesidades se encuentran organizadas estructuralmente con distintos grados de poder, de acuerdo a una determinación biológica dada por nuestra constitución genética como organismo de la especie humana (de ahí el nombre de instintoides que Maslow les da). La jerarquía está organizada de tal forma que las necesidades de déficit se encuentren en las partes más bajas, mientras que las necesidades de desarrollo se encuentran en las partes más altas de la jerarquía; de este modo, en el orden dado por la potencia y por su prioridad, encontramos las necesidades de déficit, las cuales serían las necesidades fisiológicas, las necesidades de seguridad, las necesidades de amor y pertenencia, las necesidades de estima; y las necesidades de desarrollo, cuáles serían las necesidades de auto actualización (self-actualization) y las necesidades de trascendencia. Dentro de esta estructura, cuando las necesidades de un nivel son satisfechas, no se produce un estado de apatía, sino que el foco de atención pasa a ser ocupado por las necesidades del próximo nivel y que se encuentra en el lugar inmediatamente más alto de la jerarquía, y son estas necesidades las que se busca satisfacer.

La teoría de Maslow plantea que las necesidades inferiores son prioritarias, y por lo tanto, más potente que las necesidades superiores de la jerarquía; “un hombre hambriento no se preocupa por impresionar a sus amigos con su valor y habilidades, sino, más bien, con asegurarse lo suficiente para comer” (21). Solamente cuando la persona logra satisfacer las necesidades inferiores - aunque lo haga de modo relativo- , entran gradualmente en su conocimiento las necesidades superiores, y con eso la motivación para poder satisfacerlas; a medida que la tendencia positiva toma más importancia, se experimenta un grado mayor de salud psicológica y un movimiento hacia la plena humanización.

Para Maslow, el convertirse plenamente en humano implicaría la aceptación de satisfacción de las necesidades instintoides determinadas por nuestra base biológica, lo que permitiría, tras satisfacer las tendencias que nos unen con el resto de la humanidad, descubrir lo idiosincrático, lo que nos distingue del resto de los seres humanos, el descubrir los propios gustos, talentos determinados por nuestra herencia, para concretizarlos - elaborarlos - en base al trabajo esforzado; en palabras de Maslow : “la manera en que somos distintos de las demás personas también se descubre en esta misma búsqueda personal de identidad (21).

DOS ANÁLISIS DE LA TEORÍA DE MASLOW SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD

En un ensayo de dos partes sobre la teoría de Maslow referente a la motivación humana, se han investigado dos relaciones: la relación entre la importancia de la necesidad y las deficiencias de esta necesidad, y la relación

entre las deficiencias de la necesidad y la satisfacción de la vida. Los sujetos eran grupos de mujeres licenciadas, con tres tipos de ocupaciones: profesional-directiva, administración-ventas y amas de casa. En el primer estudio, las diferencias de los grupos en las deficiencias mostradas no respaldaban la hipótesis de que la importancia de la necesidad está negativamente correlacionada con las deficiencias en dicha necesidad. Sin embargo, la jerarquía de las deficiencias de los tres grupos era consecuente con la relación de la hipótesis, así como las pequeñas pero significativas correlaciones que se obtuvieron entre la importancia de la necesidad y los valores de deficiencia. En el segundo estudio, los resultados respaldaron parcialmente la teoría de Maslow al encontrarse en dos de los tres grupos laborales una relación significativa entre la satisfacción de la necesidad y la satisfacción de la vida. Los resultados de ambos estudios se discuten en relación a algunas consideraciones sobre el desarrollo profesional de las mujeres.

A lo largo de los últimos años se han hecho muchos esfuerzos para comprender los modelos profesionales encontrados en la vida de la mujer). Sin embargo, sólo unos pocos investigadores han tratado de desarrollar procedimientos que ayuden a explicar el desarrollo profesional de las mujeres.

En resumen, Maslow dijo que hay cinco necesidades básicas que son esenciales para una existencia humana óptima. Él ordenó estas necesidades en una jerarquía, desde la más baja a la más alta. Las necesidades de orden más bajo incluían las necesidades sociales. Las necesidades de orden más alto incluían la estima y la propia realización.

Maslow también propuso una jerarquía de prepotencia de las necesidades desde el nivel más bajo al más alto. De acuerdo con esto, cuando una necesidad

se satisfacía, ya no se esperaba que determinase el comportamiento; sólo cuando las necesidades de orden más bajo se habían satisfecho, es cuando uno era totalmente consciente de las necesidades de orden más elevado. Sin embargo, como la aparición de la necesidad se consideraba un proceso gradual, un individuo podía estar en un momento dado motivado por más de una necesidad y continuaría estando motivado por una necesidad hasta que ésta fuera satisfecha. Además, si una necesidad de orden bajo se viera amenazada en un momento posterior, volvería a aparecer como dominante y asumiría una posición importante en el sistema de motivaciones del individuo. Maslow describió las necesidades de más alto nivel como necesidades de desarrollo; cuando eran satisfechas, él creía que la gente podría realizar su máximo potencial. Sin embargo, si no eran satisfechas, una persona podría experimentar alienación, cinismo o apatía.

Al aplicar las teorías de Maslow a la experiencia de vida de las mujeres, Harmon (1977) señaló que las necesidades de las mujeres han sido tradicionalmente satisfechas a través de su asociación con otras personas, por lo general, padres o maridos. Mujeres como estas, que nunca han trabajado independientemente fuera del hogar, rara vez han aprendido que ellas tienen la capacidad de proporcionar la satisfacción de sus propias necesidades. Por consiguiente, lanzó la hipótesis de que las mujeres que dependen totalmente de otros para sus necesidades básicas no demuestran tantas necesidades de orden alto como las mujeres cuyas necesidades básicas están aseguradas, esto es, proporcionadas directamente por su propio empleo.

En una investigación presentada en 1982, Betz probó la hipótesis de

Harmon comparando la importancia de las necesidades de tipo Maslow a través de tres tipos de mujeres: profesional-directiva, administración-ventas, y amas de casa.

Sin embargo, esta cuestión lleva directamente a la cuestión más importante de la relación entre la importancia de la necesidad y la satisfacción de la necesidad junto con su complemento, la deficiencia de la necesidad. La teoría de Maslow parece indicar que podía esperarse una correlación negativa entre la importancia de la necesidad y la satisfacción de la necesidad, ya que las necesidades satisfechas en la jerarquía de prepotencia perderían gradualmente su importancia, permitiendo que se activaran las necesidades de más alto nivel. Por otra parte, se esperaría que la deficiencia de la necesidad causara un movimiento en la dirección contraria, ya que según Maslow postuló, una deficiencia mayor conduciría al resurgimiento de la importancia de una necesidad; de este modo, cuanto mayor fuera la deficiencia, mayor sería la importancia de la necesidad.

Al aplicar la teoría de Maslow a los resultados del primer estudio de Betz (1982), uno podría esperar que las puntuaciones de la importancia de la necesidad en los tres grupos laborales del estudio, debieran ser indicativas de sus respectivas deficiencias de necesidad, estando asociadas las puntuaciones más altas de las necesidades con las deficiencias más altas. Por ejemplo, puesto que las amas de casa obtuvieron una puntuación particularmente alta en las necesidades de nivel más bajo en el estudio anterior, las expectativas del modelo de Maslow indicarían que ellas también presentarían deficiencias más altas en las necesidades de nivel más bajo.

Una cuestión adicional de la teoría de Maslow tiene que ver con la

relación entre la satisfacción de la necesidad y la satisfacción de la vida. El modelo de Maslow implica que estas variables deberían estar relacionadas positivamente. De acuerdo a esto, se esperaría que las deficiencias de la necesidad estuvieran relacionadas de forma significativa a la satisfacción de la vida; es decir, cuanto mayor fuera la deficiencia, menor sería la satisfacción de la vida.

Otra cuestión de interés radica en el hecho de que, aunque Maslow estaba interesado por el bienestar global de la gente, la mayoría de los estudios de su teoría se han centrado en la relación entre las necesidades relacionadas con el trabajo y la satisfacción laboral. Sin embargo, una suposición a menudo mencionada es que una adaptación al trabajo satisfactoria está muy relacionada con la satisfacción general de la vida. Sólo algunos estudios han investigado la relación entre el trabajo y la satisfacción personal, y estos trabajos han sugerido que la satisfacción de la vida puede no estar relacionada de forma importante con las condiciones en el trabajo. A pesar de todo, la relación aún parece, de forma intuitiva, ser sumamente importante.

TEORIA DE LOS FACTORES DE SATISFACCIÓN DE HERZBERG

Frederick Herzberg; psicólogo y consultor norteamericano. Profesor de la universidad de UTAH.

Frederick Herzberg; formuló la teoría de los dos factores para explicar mejor el comportamiento de las personas en el trabajo y plantea la existencia de dos factores que orientan el comportamiento de las personas.

Factores higiénicos o factores extrínsecos, es el ambiente que rodea a las personas y como desempeñar su trabajo. Estos están fuera del control de las

personas.

Principales factores higiénicos; salario, los beneficios sociales, tipo de dirección o supervisión que las personas reciben de sus superiores, las condiciones físicas y ambientales de trabajo, las políticas físicas de la empresa, reglamentos internos, etc., Herzberg, destaca que sólo los factores higiénicos fueron tomados en cuenta en la motivación de las personas, el trabajo es una situación desagradable y para lograr que las personas trabajen más, se puede premiar e incentivar salarialmente, o sea, se incentiva a la persona a cambio de trabajo.

Según la investigación de Herzberg cuando los factores higiénicos son óptimos evita la insatisfacción de los empleados, y cuando los factores higiénicos son pésimos provocan insatisfacción.

Su efecto es como un medicamento para el dolor de cabeza, combaten el dolor pero no mejora la salud. Por estar relacionados con la insatisfacción, Herzberg los llama factores de insatisfacción.

Factores motivacionales o factores intrínsecos, estos factores están bajo el control del individuo (persona) ya que se relaciona con lo que él hace y desempeña. Los factores materiales involucran sentimientos relacionados con el crecimiento individual, el reconocimiento profesional y las necesidades de autorrealización que desempeña en su trabajo. Las tareas y cargos son diseñados para atender a los principios de eficiencia y de economía, suspendiendo oportunidades de creatividad de las personas. Esto hace perder el significado psicológico del individuo, el desinterés provoca la desmotivación ya que la empresa sólo ofrece un lugar decente para trabajar.

Según Herzberg, los factores motivacionales sobre el comportamiento de las personas son mucho más profundos y estables cuando son óptimos.

Por el hecho de estar ligados a la satisfacción del individuo Herzberg los llama factores de satisfacción.

También destaca que los factores responsables de la satisfacción profesional de las personas están desligados y son distintos de los factores de la insatisfacción. Para él el opuesto de la satisfacción profesional no sería la insatisfacción sino ninguna satisfacción

Factores de satisfacción y factores de insatisfacción.

En otros términos, la teoría de los dos factores de Herzberg afirma que:

La satisfacción en el cargo es función del contenido o de las actividades retadoras y estimulantes del cargo que la persona desempeña: son factores motivacionales o de satisfacción.

La insatisfacción en el cargo es función del contexto, es decir, del ambiente de trabajo, del salario, de los beneficios recibidos, de la supervisión, de los compañeros y del contexto general que rodea el cargo ocupado: son los factores higiénicos o de satisfacción.

Para proporcionar motivación en el trabajo, Herzberg propone el enriquecimiento de tareas, también llamado enriquecimiento del cargo, el cual consiste en la sustitución de las tareas más simples y elementales del cargo por tareas más complejas, que ofrezcan condiciones de desafío y satisfacción personal, para así con el empleado continúe con su crecimiento personal (22).

Factores motivacionales y factores higiénicos

Según Herzberg, el enriquecimiento de tareas trae efectos altamente

deseables, como el aumento de motivación y de productividad, reduce la ausencia en el trabajo, y la rotación de personal. Claro que no todos estuvieron de acuerdo con este sistema, según los críticos, notan una serie de efectos indeseables, como el aumento de ansiedad, aumento de del conflicto entre las expectativas personales y los resultados de su trabajo en las nuevas tareas enriquecidas; sentimiento de explotación cuando la empresa no acompaña lo bueno de las tareas con el aumento de la remuneración; reducción de las relaciones interpersonales, dado a las tareas dadas.

Herzberg concede poca importancia al estilo de administración y lo clasifica como factor higiénico, lo cual también ha sido blanco de severas críticas. Es una teoría interesante para los casos de reorganización que tengan como objetivo el aumento de productividad, y en la que no haya necesidad de valorar la situación global.

Los factores de Herzberg se refieren a las necesidades primarias de Maslow: necesidades fisiológicas y necesidades de seguridad, aunque incluye algún tipo social.

Mientras que los factores motivacionales se refieren a necesidades secundarias: de estigma y autorrealización.

Estilos de la administración

La teoría del comportamiento busca demostrar la variedad de estilos de administración que están a disposición del administrador. La administración de las organizaciones en general está fuertemente condicionada por los estilos con que los administradores dirigen, dentro de ellas, el comportamiento de las personas. A su vez, los estilos de administración dependen, sustancialmente, de

las convicciones los que administradores tienen con respecto al comportamiento humano dentro de la organización. Estas convicciones moldean no solo la manera de conducir las personas, sino la forma como se divide el trabajo y se planean y organizan las actividades. Las organizaciones son proyectadas y administradas de acuerdo con ciertas teorías administrativas, fundamentadas, cada una de ellas, en ciertas convicciones sobre la manera cómo se comportan las personas dentro de las organizaciones.

Teoría de Herzberg.

Herzberg propone una teoría de la motivación en el trabajo, se caracteriza por dos tipos de necesidades que afectan de manera diversa el comportamiento humano:

Factores motivacionales o de función: son los que están relacionados con el trabajo que él desempeña por ejemplo el reconocimiento, el trabajo estimulante y el crecimiento y desarrollo personal.

Factores ambientales o higiénicos: localizados en el ambiente que los rodea y están manejados por la empresa por ejemplo las condiciones de trabajo, el que nunca se logra satisfacer totalmente las necesidades del ser humano.

Las teorías de la motivación expuestas por Maslow y Herzberg son muy relativas. Algunas investigaciones recientes presentan resultados que ponen en duda su validez. La contribución de las teorías puede resumirse en:

Los individuos pueden verse como poseedores de necesidades o motivos generalizados. Estas necesidades pueden ser distribuidas en una jerarquía que va de las necesidades fisiológicas y de seguridad a las necesidades de autorrealización;

Estas necesidades y motivos pueden entenderse como una influencia directa sobre el comportamiento;

El comportamiento se explica, entonces, a partir de una necesidad o motivo él se basa; existe un conflicto básico entre las necesidades de los individuos y los objetivos de organizaciones; este conflicto se resuelve no mediante técnicas de relaciones humanas sino mediante cambios en la estructura organizacional;

La mejor forma de organización es aquella que busca optimizar la satisfacción de necesidades individuales y organizacionales a través de los siguientes medios: estímulo, a la formación de grupos de trabajo estables y de la participación de los trabajadores en la toma de decisiones; buena comunicación y supervisión clara; estructuras no burocráticas que funcionan más por la fijación de objetos que a través de la jerarquía de autoridad.

Sin embargo, algunas críticas a las teorías de la motivación permanecen aún sin respuesta convincente:

¿Cómo validar la existencia de necesidades humanas?

¿Son reales o solo construcciones de los psicólogos?

¿Cómo establecer cuáles son?

¿Son universales o su expresión es contingente frente a las circunstancias?;

¿Hasta qué punto es legítimo usar las necesidades como variable independiente?

¿Explican realmente el comportamiento?

¿Existe una contradicción básica entre ellas y la perspectiva sociológica?;

Si las necesidades existen:

¿por qué deben ser satisfechas dentro de las organizaciones industriales?

¿Por qué no pueden ser satisfechas fuera del trabajo? (22)

CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos.

La calidad implica constancia de propósito y consistencia y adecuación de las necesidades del cliente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio (23).

Dimensiones de la calidad.

Las dimensiones de la calidad principalmente son:

Dimensión Técnica. Que es la aplicación de la ciencia y tecnología de salud, incluye al prestador de servicios de salud, cuenta con conocimiento y habilidades que le permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del paciente.

La dimensión Interpersonal. Que es la interacción social, que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios de salud, la actividad de atención, el respeto y la cordialidad mutua.

La dimensión de Infraestructura. Que Incluye las características del lugar, condiciones físicas de estructura, mantenimiento, seguridad, limpieza, iluminación y ventilación del ambiente (23).

Los elementos de la calidad de atención.

Internalizan los siguientes: La disponibilidad y oferta de insumos en la calidad del servicio de salud se mejora cuando se puede ofrecer una mayor

variedad de insumos disponibles, en cuanto mayor número de insumos, mayor será la posibilidad de satisfacer las necesidades del paciente.

Aun cuando el servicio de salud cuente con todos los insumos en ocasiones no se encuentra realmente disponible por problemas de logística, almacenamiento, falta de personal capacitado para ofrecer estos insumos. Es muy importante eliminar estas barreras para que los clientes tengan un acceso real a todos los servicios.

La información al cliente que responde a la necesidad del cliente. El primer paso al atender a un cliente debe ser escucharlo para determinar cuáles son sus deseos y necesidades y darle la información necesaria. Debe evitarse darle mucha información y saturarlo. Es mejor dar una información concreta y precisa para que el cliente entienda sobre su situación de salud.

La capacidad técnica del prestador de servicios: Esta capacidad abarca los conocimientos prácticos y habilidades que el prestador de servicios debe tener para proveer los servicios de salud. También incluye la existencia de normas, protocolos y asepsia para prestar estos servicios. La falta de capacidad técnica puede traer consigo riesgos a la salud, dolor innecesario, infecciones y/o complicaciones. Obviamente estos riesgos pueden con llevar al temor y a disminuir la afluencia de la población usuaria.

Las relaciones interpersonales con el cliente, mediante el cual se verifica a la dimensión personal del servicio. Los clientes deben sentirse bien tratados durante su permanencia en el servicio de salud. Por todas las personas que interactúen con él. En todo momento el personal debe mostrar una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que el usuario se sienta a

gusto y con deseos de regresar. La práctica de una buena relación interpersonal incrementará el nivel de satisfacción y atraerá a un número mayor de usuarios, lo que revertirá en el desarrollo de la cultura sanitaria en la comunidad (23). Mecanismo de seguimiento al cliente. Los programas de salud tendrán éxito en la medida que mantengan el contacto con el cliente después de la consulta inicial, los prestadores de servicios pueden ayudarlos a superar dificultades, hacer más probable la asistencia al servicio de salud.

La constelación y organización de servicios: significa que los elementos de salud deben organizarse de tal manera que sean satisfactorios para los usuarios, que respondan a sus conceptos de salud y a sus necesidades preexistentes. existen muchas maneras de mejorar: disminuyendo el tiempo de espera, ofreciendo diversidad de servicios de salud, haciendo cómoda y agradable la estancia del cliente durante su visita, dándole atención y el tiempo necesario para aclarar sus dudas, información del flujograma de atención del servicio de salud, ofreciendo precios accesibles (23).

2.3. Definición de términos básicos.

a.- Grado de satisfacción.

En la investigación se refirió a la aceptación de bienestar que siente el padre de familia por la atención que recibe su hijo hospitalizado en el servicio de pediatría de EsSalud Huancayo.

b.- Atención de enfermería.

Es el cumplimiento de las labores asistenciales, de docencia, administrativas y de investigación que efectúa el personal profesional al atender a los niños en el servicio el cuál será medido a través de la percepción que tenga el padre

del paciente hospitalizado.

c.- Padres de familia.

Se consideran a todos los padres de familia de niños hospitalizados entre los 6 a 13 años de edad en el servicio de Pediatría.

2.4. Formulación de hipótesis.

2.4.1. Hipótesis general.

“Los padres de familia tienen grado de satisfacción medianamente favorable frente a la atención de enfermería que reciben sus niños en el servicio de pediatría de EsSalud Huancayo”

2.4.2. Hipótesis específicas.

- a.- La calidad de atención de enfermería en el servicio de pediatría de EsSalud es adecuada.
- b.- Los padres de familia califican como adecuada la calidad de atención de enfermería
- c.- Se encuentra relación significativa entre la recuperación del niño y el tipo de atención de enfermería que recibe en el servicio de hospitalización.

2.5. Identificación de variables.

Variable independiente

X = Atención de enfermería.

Variable dependiente

Y = Grado de satisfacción de los padres.

Variables intervinientes.

Indicadores de las unidades de análisis:

Edad, Sexo, Ocupación, Grado de Escolaridad.

2.6. Definición operacional de variables e indicadores.

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Atención de enfermería	La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. La calidad implica constancia de propósito y consistencia y adecuación de las necesidades del cliente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión Técnica. • Dimensión Interpersonal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada 25 - 36 • Medianamente adecuada 13 - 24 • No adecuada 00 – 12 • Adecuada 38 - 54 • Medianamente adecuada 19 - 37 • No adecuada 00 - 18 	Ordinal
Satisfacción	La satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción. No hay imagen de excelencia ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la competencia profesional. • Evaluación de las cualidades personales y accesibilidad de los que brindan los servicios. • Evaluación función de los resultados del tratamiento • Evaluación como resultado de una relación entre expectativas traídas y cumplidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfecho. 61- 90 puntos. • Poco satisfecho. 31-60 puntos. • Insatisfecho. 0-30 puntos. 	Ordinal

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION.

3.1. Tipo de investigación.

El tipo de investigación fue el descriptivo en la que se describió y explica el resultado de la relación de las variables; grado de satisfacción de los padres frente a la atención de enfermería que reciben sus niños en el servicio de pediatría del hospital EsSalud de Huancayo.

3.2. Nivel de investigación.

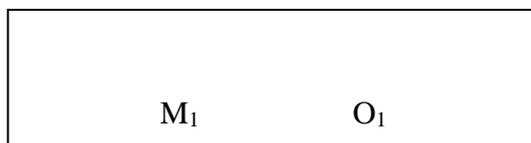
Es el descriptivo explicativo que nos permitió explicar la relación de las variables principales de la investigación y arribar a los resultados y conclusiones del estudio.

3.3. Métodos de investigación.

Se utilizó el método descriptivo básico por lo que relata los hechos tal cual sucedieron, haciendo uso de la encuesta- cuestionario

3.4. Diseño de investigación.

Se utilizó el diseño descriptivo, transversal y prospectivo. El esquema utilizado se representa así:



Donde.

M₁ = Padres de familia del niño hospitalizado.

O₁ = Medición a la muestra.

3.5. Población y muestra.

Población:

La población de estudio estuvo constituida por los padres de familia que acuden al cuidado de sus niños durante la etapa de permanencia en el servicio de hospitalización de pediatría, el número promedio de padres mensualmente que acuden a este servicio fue de 88.

Muestra:

Para estimar el tamaño de muestra en este estudio se utilizó el paquete estadístico Stata V1.1, que al aplicarlo nos indicó un tamaño de muestra de 65 padres de familia.

Este tamaño cumplió con el criterio técnico de estar al alcance de la investigadora. El tipo de muestreo utilizado es el no probabilístico al azar aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

- Niños hospitalizados en el servicio de pediatría.

- Permanencia de padres a lado de sus hijos.
- Presencia de enfermeras que laboran en el servicio.

Criterios de exclusión:

- Padres de familia que solo asisten al reporte médico.
- Enfermeras que no laboran en el servicio y que solo van por algunos turnos.
- Niños que son dados de alta.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la ejecución de la investigación se utilizaron los instrumentos y técnicas siguientes:

3.6.1. Técnicas.

Encuesta.

Mediante esta técnica se aplicó el opinionario tipo escala Likert a cada uno de los padres de familia que acompañan a sus hijos durante el periodo de hospitalización en el servicio de pediatría.

3.6.2. Instrumentos.

Opinionario tipo Likert.

Este instrumento tuvo preguntas estructuradas que facilitaron las respuestas de las unidades de análisis. Este instrumento tuvo 30 ítems y permitió valorar el grado de satisfacción de los padres de familia frente a la atención de enfermería a sus niños hospitalizados.

3.7. Selección, Validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

3.7.1. Selección de los instrumentos de Investigación

En la presenta investigación se utilizo el cuestionario de Opiniario tipo Licker con el objetivo de conocer que es lo que los padres de familia perciben

frente a la atención que les brinda la enfermera a sus niños hospitalizados, para ello este cuestionario consta de 06 ítems de aspectos generales y 30 ítems de carácter específico a las unidades de estudio.

3.7.2. Validación y Confiabilidad de los instrumentos de Investigación.

Para validar el instrumento se recurrió al juicio de expertos, así mismo se procederá a la aplicación de la prueba piloto para dar validez del contenido del instrumento utilizando para la validación el chi cuadrado y para la confiabilidad el Alpha de Cronbach.

3.8. Técnicas de Procesamiento y análisis de datos.

El procedimiento seguido para la aplicación del instrumento de recolección de datos fue:

- Se solicitó el permiso y la accesibilidad para la ejecución de la investigación al director, jefe de departamento de enfermería y jefe del servicio de pediatría del Hospital EsSalud de Huancayo.
- Para aplicar los instrumentos a las muestras de estudio se procedió a realizar la coordinación con las unidades de análisis según la asistencia y permanencia con sus menores hijos.
- La recogida de datos se realizó en la sala reuniones del servicio de hospitalización de pediatría.

3.9. Tratamiento estadístico.

- Orientar y aplicar los instrumentos de recogida de datos a los padres de familia
- Luego de aplicar los instrumentos, se recogió y verificó la información para prevenir falta de datos.

- Posterior a la aplicación de los instrumentos de información se construyó la base de datos en el programa SPSS V15, para luego realizar el vaciamiento de los datos en bruto y convertirlos en datos puntuales y porcentuales.
- Luego de procesar la información se procedió a realizar el análisis e interpretación de los resultados y se aplicó la prueba de contraste de hipótesis para confirmarlo.
- Se procedió luego a establecer las conclusiones del estudio y las recomendaciones respectivas para establecer estrategias de mejora continua en el servicio de hospitalización pediátrica.

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica.

Este presente trabajo está regido bajo los principios Éticos de la enfermera como son:

- **Autonomía.** - De querer implementar en los diferentes servicios mejoras continua acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en sus respectivos servicios especialmente en el servicio de pediatría previa coordinación con los directivos del hospital
- **Beneficencia.** - Que el trabajo sirva a las futuras generaciones para lograr cambiar, mejorar la calidad de atención
- **Veracidad.** - Orientar a los padres de familia que todas las respuestas que nos brindan en el cuestionario van hacer tratados con mucho cuidado.
- **Fidelidad.** - Después que se obtengan los resultados del presente estudio dar a conocer a los directivos del hospital para elaborar un plan de mejora continua para evidenciar cuales son los ítems que debemos mejorar.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Descripción del trabajo de campo.

En este capítulo vamos a observar como las tablas y los gráficos nos muestran los resultados obtenidos después de aplicar el instrumento de recolección de datos para medir el grado de satisfacción de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría hospital IV Essalud Huancayo 2009. De acuerdo a lo establecido en el plan de actividades.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

Cuadro 1. Satisfacción de los padres de familia según atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

SATISFACCION	ATENCION DE ENFERMERIA							
	DIMENSION TECNICA				DIMENSION INTERPERSONAL			
	ADECUADA		MED. ADECUADA		ADECUADA		MED. ADECUADA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SATISFECHO	6	9,2	41	63,1	34	52,3	13	20,0
INSATISFECHO	3	4,6	15	23,1	6	9,2	12	18,5
Total	9	13,8	56	86,2	40	61,5	25	38,5

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,367(a)	3	,058
Razón de verosimilitudes	5,730	3	,057
Asociación lineal por lineal	3,306	1	,069
N de casos válidos	65		

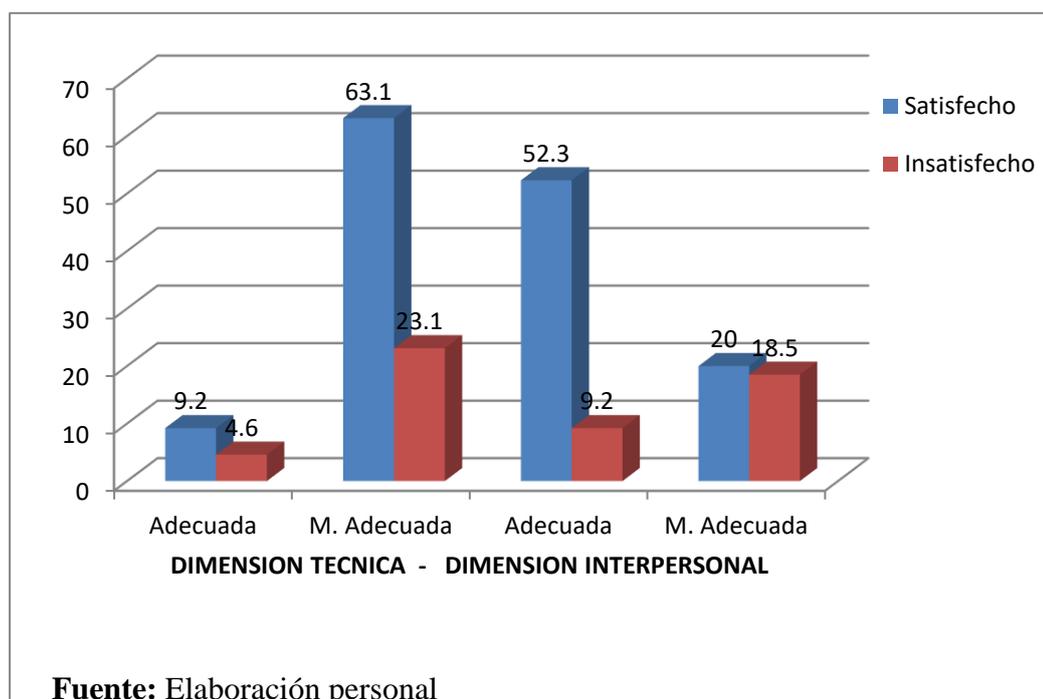
COMENTARIO:

Con este cuadro estadístico se contrasta la hipótesis del estudio, en los resultados se observa que hay un mayor porcentaje de padres de familia que muestran satisfacción frente a la atención de enfermería que reciben sus hijos en el servicio de pediatría y en mayor porcentaje el 52,3% muestran satisfacción frente a la dimensión interpersonal y en segundo lugar medianamente adecuada frente a la dimensión técnica con 63,1%.

Existe mayor insatisfacción en los padres de familia frente a la dimensión técnica a la que calificaron como medianamente adecuado con un 23,1%, seguido por la dimensión interpersonal adecuada con un 9,2%.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 8,367 > a X^2_t = 7,815$ determinándose por lo tanto que existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula.

Gráfico 1. Satisfacción de los padres de familia según atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009



Cuadro 2. Satisfacción de los padres según sexo frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

SATISFACCION	SEXO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SATISFECHO	4	6,2	43	66,2	47	72,3
INSATISFECHO	8	12,3	10	15,4	18	27,7
Total	12	18,5	53	81,5	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,164(b)	1	,001		
Corrección por continuidad(a)	8,905	1	,003		
Razón de verosimilitudes	10,091	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,002	,002
Asociación lineal por lineal	10,993	1	,001		
N de casos válidos	65				

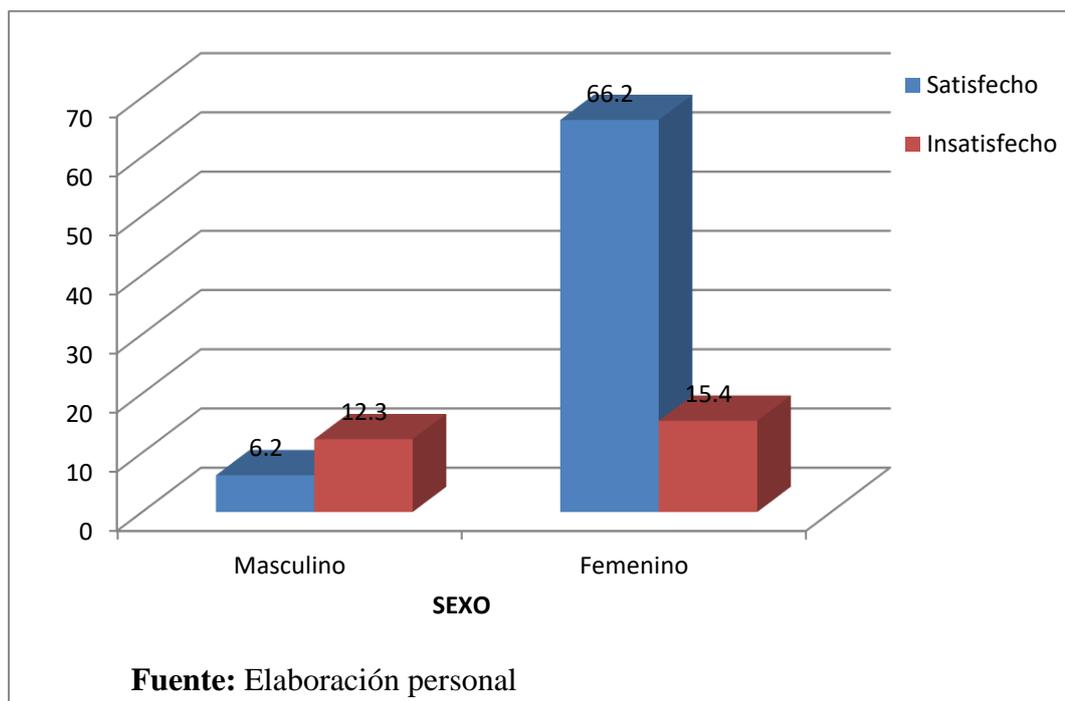
COMENTARIO:

En este cuadro se observa los resultados obtenidos de la relación de la variable satisfacción de los padres según sexo; los datos nos indican que el grado de satisfacción observada en la población de estudio fue calificado como satisfecho en un 72,3% y el insatisfecho 27,7%.

Del total observado se establece que de los padres que se sienten satisfechos el 66% estuvo conformado por madres, así como también un alto porcentaje están insatisfechas con la atención con 15,4%.

Al aplicar la prueba de la chi cuadrada se obtuvo que existe relación estadística entre ambas variables obteniéndose la aceptación de la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula.

Gráfico 2. Satisfacción de los padres según sexo frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del hospital iv essalud huancayo 2009



Cuadro 3. Satisfacción de los padres según edad, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

SATISFACCION	EDAD						Total	
	15-25 AÑOS		26-35 AÑOS		36 a MAS			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SATISFECHO	2	3,1	37	56,9	8	12,3	47	72,3
INSATISFECHO	4	6,2	12	18,5	2	3,1	18	27,7
Total	6	9,2	49	75,4	10	15,4	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,098(a)	2	,078
Razón de verosimilitudes	4,504	2	,105
Asociación lineal por lineal	3,014	1	,083
N de casos válidos	65		

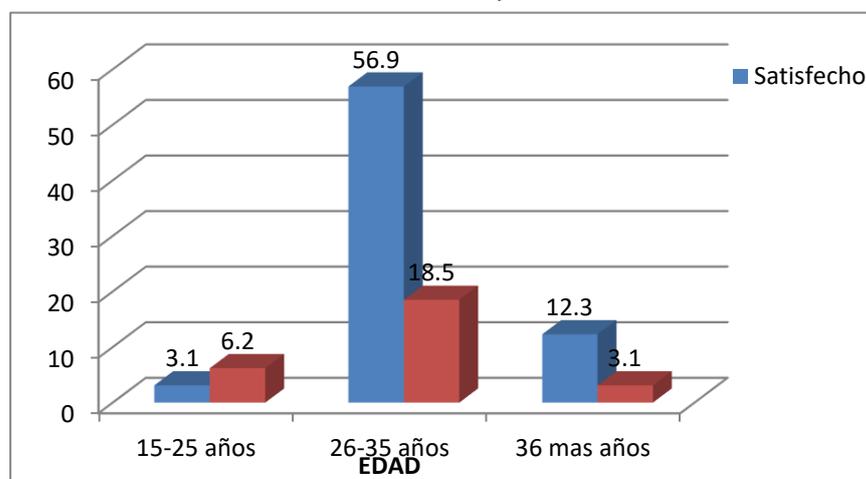
COMENTARIO:

En la relación de la variable satisfacción según edad de los entrevistados se obtiene que del 72,3% de los encuestados un 75,4% tienen entre 26-35 años de edad y de este grupo el 56,9% se muestran satisfechos con la atención recibida en el servicio de hospitalización.

En este mismo grupo etáreo se observa insatisfacción en un 18,5% y en el grupo donde se observa mínima insatisfacción es en el de 36 a más años en comparación de las que se sienten satisfechas con 12,3%.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula.

Gráfico 3. Satisfacción de los padres según edad, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009



Fuente: Elaboración personal

Cuadro 4. Satisfacción de los padres según grado de instrucción, frente a la atención de enfermería niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

SATISFACCION	GRADO DE INSTRUCCION						Total	
	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SATISFECHO	8	12,3	30	46,2	9	13,8	47	72,3
INSATISFECHO	9	13,8	8	12,3	1	1,5	18	27,7
Total	17	26,2	38	58,5	10	15,4	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,812(a)	2	,020
Razón de verosimilitudes	7,580	2	,023
Asociación lineal por lineal	6,884	1	,009
N de casos válidos	65		

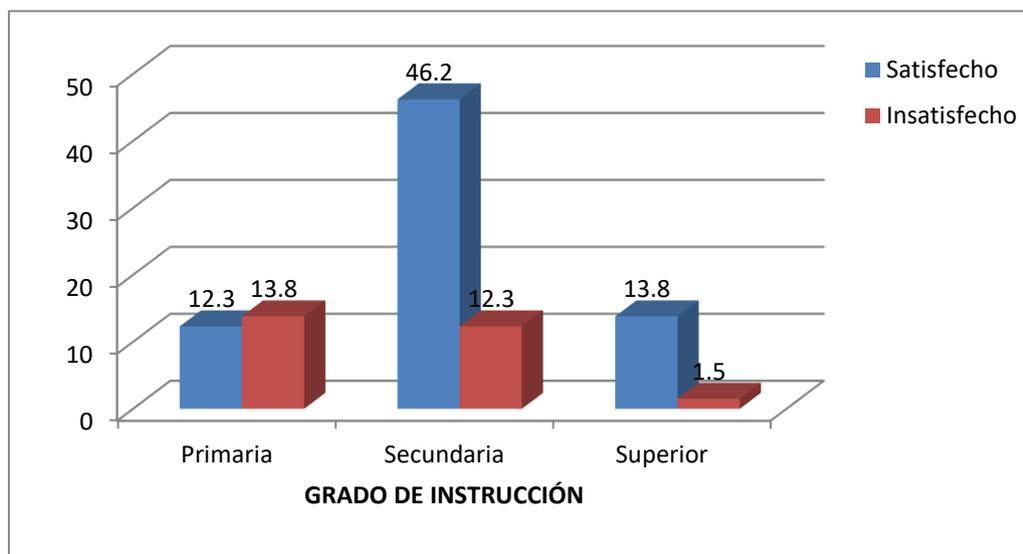
COMENTARIO:

El grado de satisfacción de los padres frente a la atención de su hijo hospitalizado en el servicio de pediatría los resultados muestran que del 72,3% de los encuestados un 58,5% tienen grado de instrucción secundaria mostrando con mayor frecuencia satisfacción el 46,2%, en segundo lugar, está las que tienen grado de instrucción superior con un 13,8%.

El grado insatisfacción es más frecuente observado en el grupo de padres con grado instruccional primaria en un 13,8%, pero en este mismo grupo también muestran satisfacción el 12,3%.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula.

Gráfico 4. Satisfacción de los padres según grado de instrucción, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009



Fuente: Elaboración personal

Cuadro 5. Dimensión técnica, según sexo de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría. del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

DIMENSION TECNICA	SEXO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADECUADA	4	6,2	5	7,7	9	13,8
MED. ADECUADA	8	12,3	48	73,8	56	86,2
Total	12	18,5	53	81,5	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,685(b)	1	,030		
Corrección por continuidad(a)	2,896	1	,089		
Razón de verosimilitudes	3,883	1	,049		
Estadístico exacto de Fisher				,052	,052
Asociación lineal por lineal	4,613	1	,032		
N de casos válidos	65				

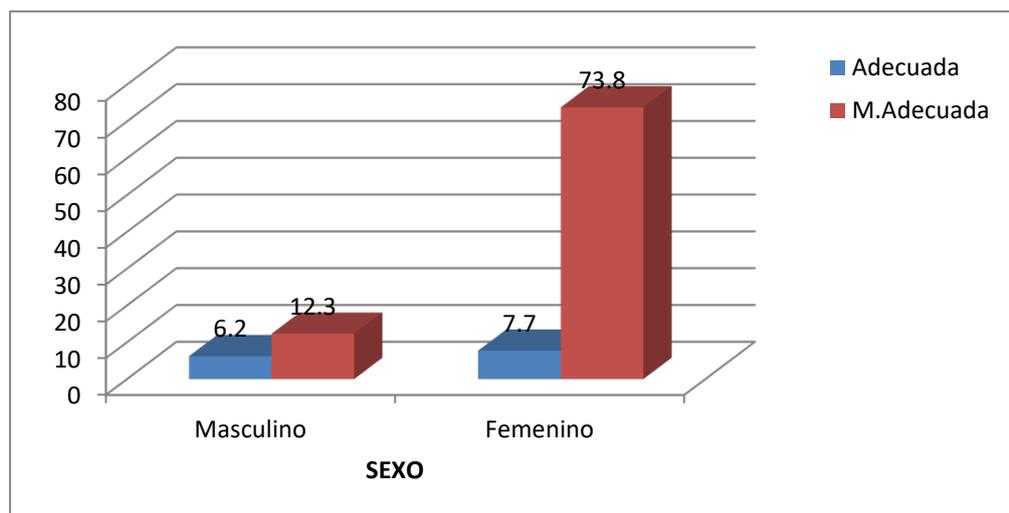
COMENTARIO:

Los datos que se muestran corresponden a las sub variables; dimensión técnica según sexo de los padres encuestados en el estudio, los resultados nos muestran que al evaluar la dimensión técnica a opinión de los encuestados un 86,2% lo calificaron como medianamente adecuada y de ellos son más opinados por las de sexo femenino con un 73,8%.

En cuanto a la opinión calificatoria del sexo masculino el 12,3% opinó como medianamente adecuada el desempeño del personal en cuanto a su dimensión técnica.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 4,685 > a X^2_t = 3,81$, determinándose por lo tanto que existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula.

Gráfico 5. Dimensión técnica, según sexo de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría. del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009



Fuente: Elaboración personal

Cuadro 6. Dimensión técnica, según edad de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría. Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

DIMENSION TECNICA	EDAD						Total	
	15-25 AÑOS		26-35 AÑOS		36 a MAS			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADECUADA	3	4,6	6	9,2	0	,0	9	13,8
MED. ADECUADA	3	4,6	43	66,2	10	15,4	56	86,2
Total	6	9,2	49	75,4	10	15,4	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,287(a)	2	,016
Razón de verosimilitudes	7,529	2	,023
Asociación lineal por lineal	6,617	1	,010
N de casos válidos	65		

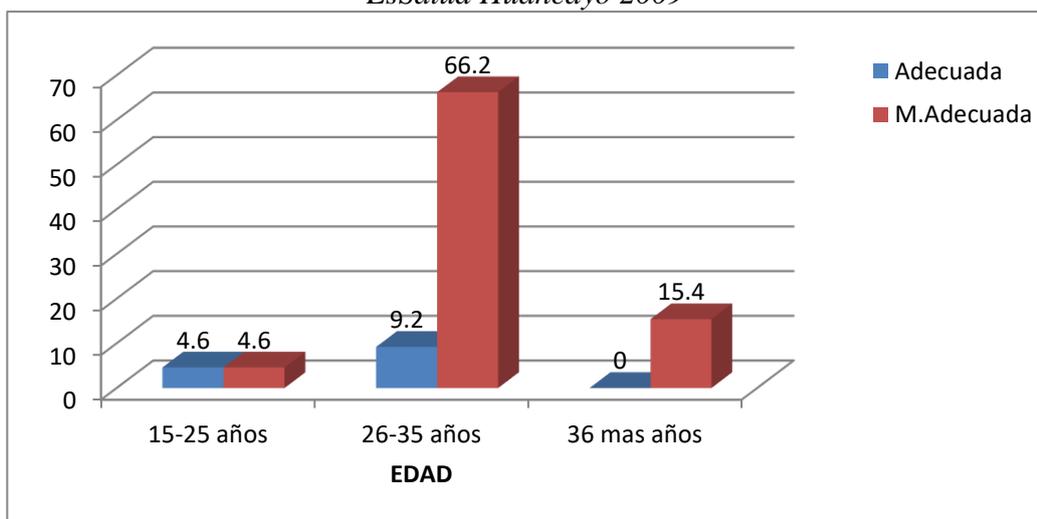
COMENTARIO:

La dimensión técnica a opinión de los encuestados que tienen hijos internados en el servicio de pediatría nos muestra que del 86,2% que tienen opinión de la dimensión medianamente adecuada el 66,2% tienen entre 26-35 años de edad seguida por aquellos que tienen de 36 años a más con un 15,4%.

En cuanto a la dimensión técnica calificada como adecuada solo llega a un 13,8% y de ellos el 9,2% de padres de familia tienen entre 26 a 35 años de edad y en segundo lugar está los padres más jóvenes que opinaron en un 4,6% como adecuada la atención de enfermería.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 8,287 > a X^2_t = 5,99$, determinándose por lo tanto que existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula.

Gráfico 6. Dimensión técnica, según edad de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría. del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009



Fuente: elaboración personal

Cuadro 7. Dimensión técnica, según grado de instrucción de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

DIMENSION TECNICA	GRADO DE INSTRUCCIÓN							Total	
	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
ADECUADA	1	1,5	2	3,1	6	9,2	9	13,8	
MED. ADECUADA	16	24,6	36	55,4	4	6,2	56	86,2	
Total	17	26,2	38	58,5	10	15,4	65	100,0	

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,108(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	15,544	2	,000
Asociación lineal por lineal	11,206	1	,001
N de casos válidos	65		

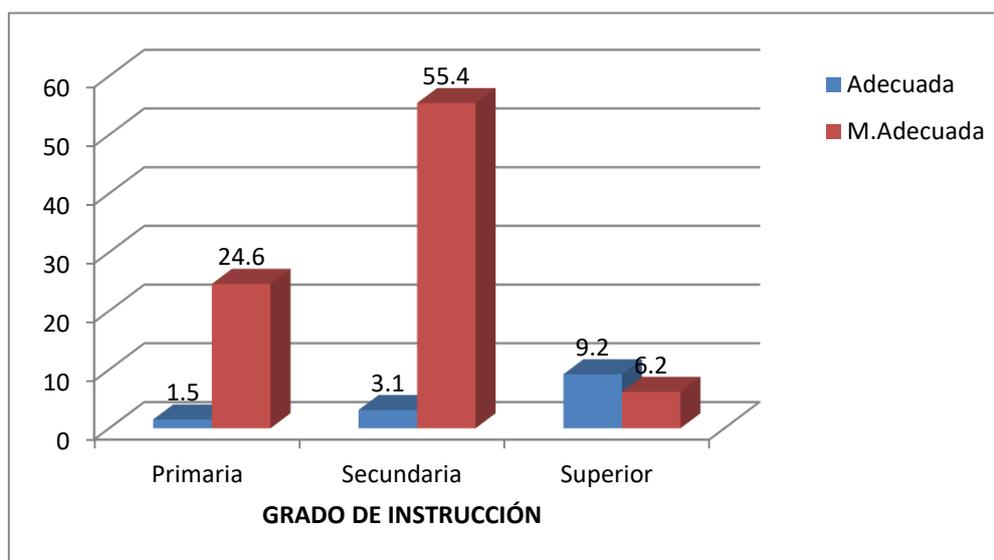
COMENTARIO:

Entre los resultados citados de la relación de variables sobre la dimensión técnica calificada por los padres de familia del niño hospitalizado se obtiene que del 86,2% el 55,4% tienen grado instruccional secundaria en un 55,4% seguido por aquellos padres con instrucción primaria en un 24,6% y en tercer lugar los que tienen grado de instrucción superior con un 9,2%.

En cuanto a la calificación adecuada el mayor porcentaje es emitido por los padres con grado instruccional superior de 9,2% seguido por los de grado instruccional secundaria con un 9,2%.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 21,108 > a X^2_t = 5,99$, determinándose por lo tanto que existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula.

Gráfico 7. Dimensión técnica, según grado de instrucción de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 8. Dimensión técnica, según hospitalizaciones previas, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

DIMENSION TECNICA	HOSPITALIZACIONES				Total	
	PREVIAS		REINGRESO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADECUADA	1	1,5	8	12,3	9	13,8
MED. ADECUADA	26	40,0	30	46,2	56	86,2
Total	27	41,5	38	58,5	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,983(b)	1	,046		
Corrección por continuidad(a)	2,661	1	,103		
Razón de verosimilitudes	4,613	1	,032		
Estadístico exacto de Fisher				,069	,046
Asociación lineal por lineal	3,921	1	,048		
N de casos válidos	65				

COMENTARIO:

En este cuadro se relacionan las variables dimensión técnica evaluada al personal de salud a opinión de los padres de familia que tuvieron ingresos al establecimiento de salud, en estos datos se encuentra que un 58,5% de niños fueron reingresados al servicio por diferentes motivos, y solo un 41,5% de los

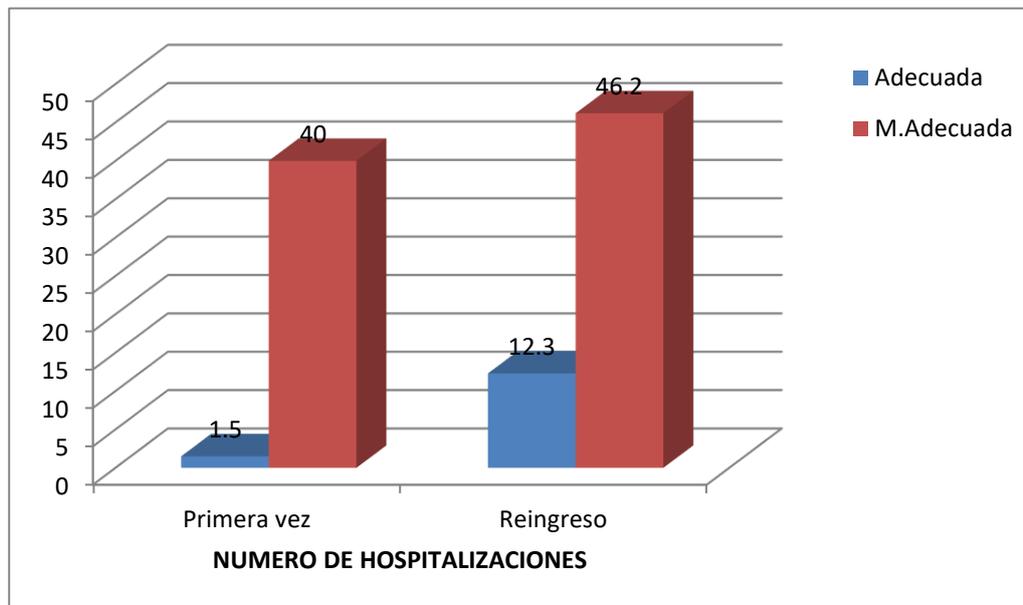
hospitalizados fueron por primera vez.

De ellos; el 46,2% de los padres con niños con reingreso al establecimiento de salud tienen una opinión medianamente adecuada frente a un 40% de padres cuyos hijos ingresaron al servicio por primera vez.

Así mismo se observa que del 12,3% de niños que reingresaron al establecimiento de salud emitieron una opinión en cuanto a la dimensión técnica del personal de salud como adecuada frente a un 1,5% de padres que tuvieron a sus niños hospitalizados por primera vez.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 3,983 > X^2_t = 3,81$, determinándose por lo tanto que existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis alterna y rechaza la hipótesis nula.

Gráfico 8. Dimensión técnica, según hospitalizaciones previas, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 9. Dimensión interpersonal, según sexo, de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

DIMENSION INTERPERSONAL	SEXO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADECUADA	3	4,6	37	56,9	40	61,5
MED. ADECUADA	9	13,8	16	24,6	25	38,5
Total	12	18,5	53	81,5	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,301(b)	1	,004		
Corrección por continuidad(a)	6,516	1	,011		
Razón de verosimilitudes	8,200	1	,004		
Estadístico exacto de Fisher				,007	,006
Asociación lineal por lineal	8,174	1	,004		
N de casos válidos	65				

COMENTARIO:

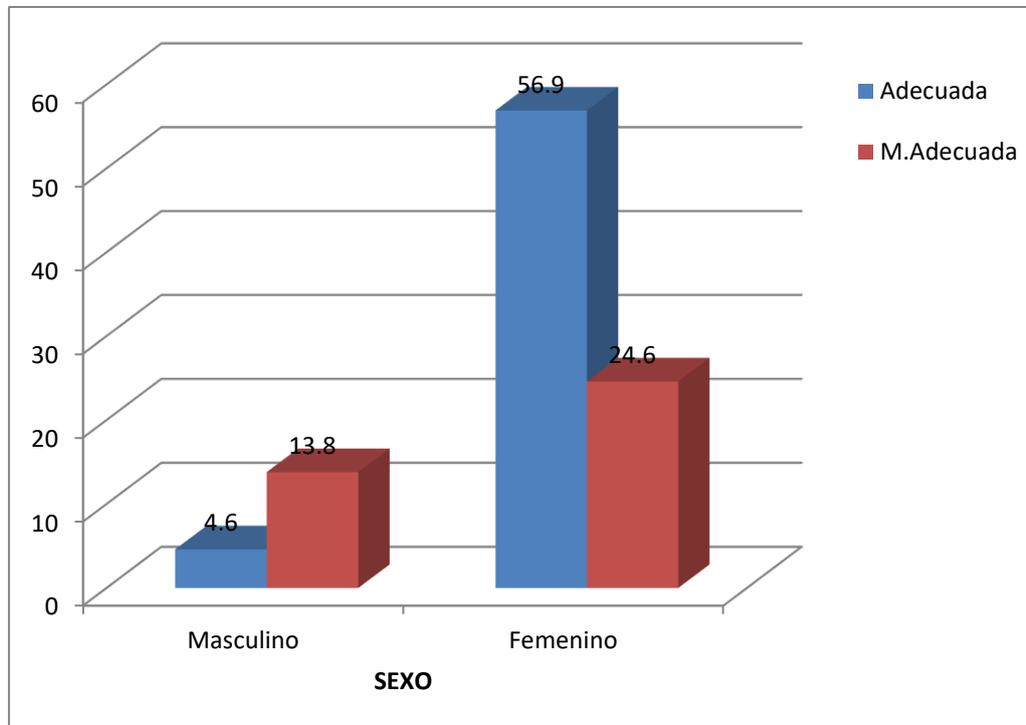
En este cuadro se presenta las variables; dimensión interpersonal efectuado por el personal de enfermería en el servicio de pediatría del hospital IV EsSalud Huancayo, según el sexo de los padres quienes emitieron su opinión al respecto.

La opinión interpersonal alcanzó una calificación adecuada en un 61,5% y ello fue calificado con más frecuencia por las madres de los niños hospitalizados con un 56,9%, frente a un 4,6% de los padres que lo emitieron.

La dimensión interpersonal medianamente adecuada fue calificada por el 38,5% de los encuestados de ellos el 24,6% fueron emitidos por la madre del niño hospitalizado frente a un 13,8% de padres del niño.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 8,301 > a X^2_t = 3,81$, determinándose por lo tanto que existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula.

Gráfico 9. Dimensión interpersonal, según sexo, de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 10. Dimensión interpersonal, según edad, de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

DIMENSION INTERPERSONAL	EDAD						Total	
	15-25 AÑOS		26-35 AÑOS		36 a MAS			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADECUADA	1	1,5	32	49,2	7	10,8	40	61,5
MED. ADECUADA	5	7,7	17	26,2	3	4,6	25	38,5
Total	6	9,2	49	75,4	10	15,4	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,701(a)	2	,058
Razón de verosimilitudes	5,730	2	,057
Asociación lineal por lineal	3,306	1	,069
N de casos válidos	65		

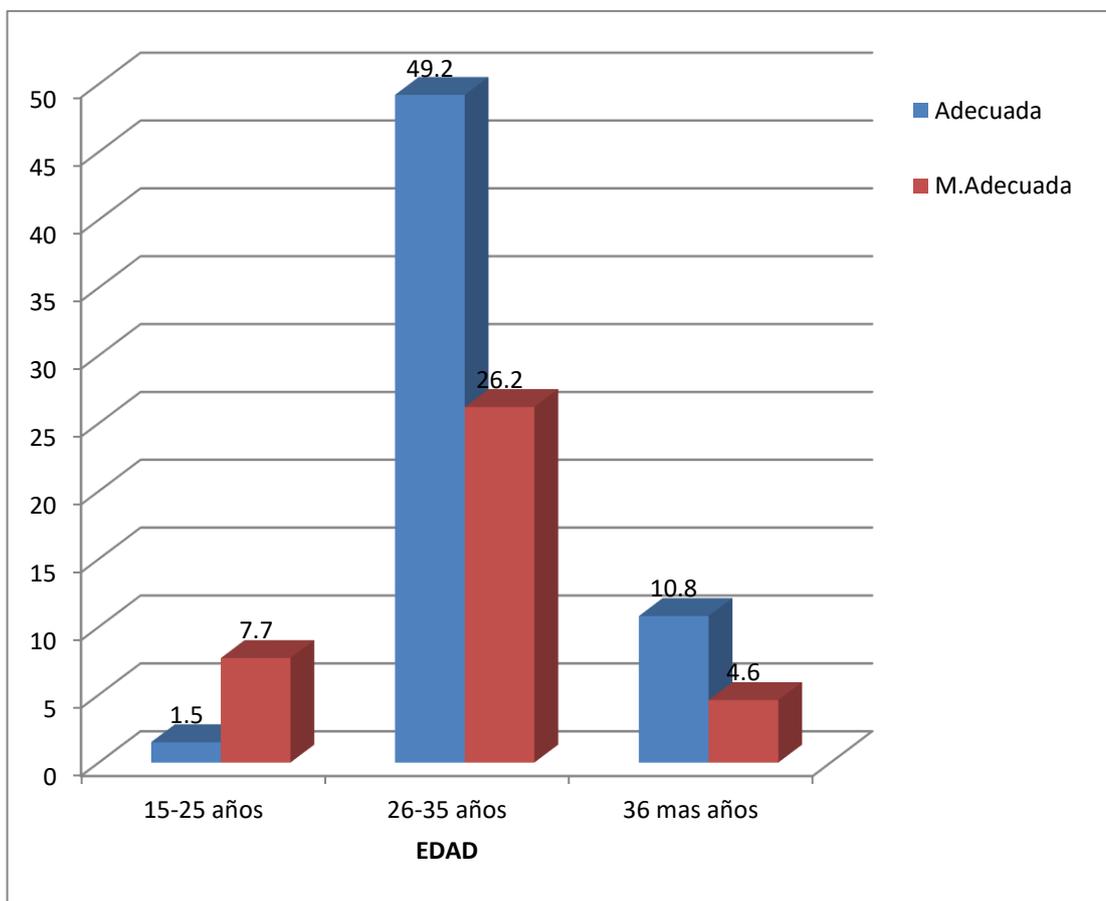
COMENTARIO:

La dimensión interpersonal evaluado a opinión de los padres de familia según edad de los mismos, se observa que el 49,2% de ellos tienen entre 26-35 años, seguido de aquellos padres que tienen más de 36 años de edad.

La dimensión interpersonal calificada como adecuada fue opinada por el 49,2% de los padres y medianamente adecuada también fue calificada por los padres entre los 26 a 35 años de edad con un 26,2%.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 6,043 > a X^2_t = 5,99$ determinándose por lo tanto que existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula.

Gráfico 10. Dimensión interpersonal, según edad, de los padres, frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009



Fuente: Elaboración propia

4.3. Prueba de hipótesis

4.3.1. Hipótesis general.

“Los padres de familia tienen grado de satisfacción medianamente

favorable frente a la atención de enfermería que reciben sus niños en el servicio de pediatría de EsSalud Huancayo”

4.3.2. Hipótesis Específicas.

- a.- La calidad de atención de enfermería en el servicio de pediatría de EsSalud es adecuada.
- b.- Los padres de familia califican como adecuada la calidad de atención de enfermería
- c.- Se encuentra relación significativa entre la recuperación del niño y el tipo de atención de enfermería que recibe en el servicio de hospitalización

SATISFACCION	ATENCION DE ENFERMERIA							
	DIMENSION TECNICA				DIMENSION INTERPERSONAL			
	ADECUAD A		MED. ADECUADA		ADECUADA		MED. ADECUADA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SATISFECHO	6	9,2	41	63,1	34	52,3	13	20,0
INSATISFECHO	3	4,6	15	23,1	6	9,2	12	18,5
Total	9	13,8	56	86,2	40	61,5	25	38,5

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

COMENTARIO:

Con este cuadro estadístico se contrasta la hipótesis del estudio, en los resultados se observa que hay un mayor porcentaje de padres de familia que muestran satisfacción frente a la atención de enfermería que reciben sus hijos en el servicio de pediatría y en mayor porcentaje el 52,3% muestran satisfacción frente a la dimensión interpersonal y en segundo lugar medianamente adecuada frente a la dimensión técnica con 63,1%.

Existe mayor insatisfacción en los padres de familia frente a la dimensión técnica a la que calificaron como medianamente adecuado con un 23,1%, seguido por la dimensión interpersonal adecuada con un 9,2%.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 8,367 > a X^2_t = 7,815$ determinándose por lo tanto que existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula.

4.4. Discusión de resultados

La familia es una parte esencial dentro de la Medicina contribuye a los cuidados del enfermo que tienen que recibir la atención y orientación necesarias por parte del equipo de salud para no influir negativamente en la Recuperación y Rehabilitación del paciente. Debe fomentarse la entrevista y el intercambio de información entre los padres de familia y el equipo de salud para dar todas las facilidades posibles para ello.

En una situación crítica como las enfermedades malignas terminal, los conflictos personales y familiares pueden influir negativamente sobre la recuperación del paciente. Es función del equipo evitar en lo posible las

situaciones de tensión en el seno de la familia y ayudar a su resolución en el caso de que dicha situación exista.

La familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se le orienta de una forma adecuada en el control de los signos y síntomas, los cambios posturales y la higiene personal. Necesita de una información veraz y continuada, un apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, descargar tensiones generales y la disponibilidad permanente del equipo de cuidados.

En el estudio efectuado en el hospital IV EsSalud de Huancayo se encontró los resultados siguientes; La satisfacción de los padres de familia frente a la atención de enfermería en el servicio de pediatría es de satisfacción y el cumplimiento de la dimensión interpersonal es adecuado en el 52,3%. Este resultado resalta el actuar del personal de enfermería en cuanto a sus actividades de la dimensión técnica e interpersonal, En un estudio efectuado por; Melvin Ricalde Castro Prieto, Hugo Villagarcía Zecerada, Santiago Saco Méndez. “Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del hospital Antonio Lorena: mayo-agosto del 2003” reporta que la mayor parte de los usuarios (53.7%) de los servicios de hospitalización del Hospital Antonio Lorena está medianamente satisfecho, el porcentaje de usuarios satisfechos es de 40.3%, y los usuarios insatisfechos con el servicio corresponden al 6%. El grado de satisfacción se relaciona con múltiples factores, que no solo involucran el proceso de atención misma sino también factores como los sociodemográficos y grado de instrucción.

Se encontró que el 66,2% de las madres se muestran satisfechas un 66,2%

frente a la atención de enfermería, y es más frecuente cuando ellas tienen entre 26 a 35 años con un 56,9%. Se obtuvo que los padres de familia con instrucción secundaria muestran satisfacción en un 46,2%.

En el estudio efectuado por Martha Chang de la Rosa, María del Carmen Alemán Lage, Mayilée Cañizares Pérez y Ana María Ibarra. “Satisfacción de los pacientes con la atención médica”. Reportan que la satisfacción encontrada es menor que la esperada. Las insatisfacciones encontradas están por encima de los límites establecidos. Los elementos que guardan mayor relación con respecto a la satisfacción fueron el ambiente físico y el trato recibido por el personal que brinda los servicios de salud. Se recomienda realizar nuevas investigaciones y el análisis de los resultados obtenidos en este estudio, con el fin de conocer cómo marcha su funcionamiento y el nivel de satisfacción que se alcanza.

En la dimensión técnica se observa que existe opinión medianamente adecuada emitida por los padres de familia en un 73,8%. Y cuando tienen entre 26 a 53 años de edad con 66,2%, y grado de instrucción secundaria 55,4%. En la dimensión técnica según el número de hospitalizaciones existe opinión medianamente adecuada cuando el paciente ha tenido más de dos reingresos al servicio de pediatría. Se entiende que las actividades que realiza la enfermera en la dimensión técnica están orientadas básicamente al quehacer asistencial de brindar atención a los pacientes del servicio de pediatría y que éstos son percibidos por los padres del menor hospitalizado en este servicio. Según Rafael Cortez, Arlette Beltrán, Mariella Bautista y Carlos Carrillo, El Estudio sobre análisis de la demanda por servicios de salud”. Los resultados del estudio indican que el comportamiento de los usuarios, que se mide sobre la base de la cantidad

demandada de los servicios de salud, fluctúa debido a variaciones de los precios de consulta, la calidad de la atención y los cambios en otros factores socioeconómicos que influyen en la demanda por servicios de salud.

En cuanto a la dimensión interpersonal se obtuvo opinión adecuada a manifestación de los padres de familia con un 56,9% y por aquellas que tienen entre 26 a 35 años de edad. Esta dimensión se refiere a las relaciones que entabla el personal de salud con el paciente y los familiares destacándose en todo momento la satisfacción en cuanto al trato y a la información que se le brinda al familiar para disminuir sus momentos de ansiedad, y temor frente a la enfermedad que atraviesa el menor de edad. Al respecto en un estudio efectuado por: Bedregal G. Paula, Quezada V. Margarita, Torres H. Marisa, Scharager G. Judit, García O. José. “Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios”. Reportan en su estudio; Características sociales de los encuestados y familias: Se encuestaron 202 personas. No hubo rechazos. Las características sociales indican que son potenciales beneficiarios del Centro de Salud Familiar. De 984 personas que formaban parte de las familias encuestadas, 26% eran menores de 15 años, y cerca de 10% mayores de 60 años. La edad promedio de las personas por hogar fue de 30,8 años. El promedio de personas por hogar en la muestra fue de 5. La mayoría de las familias eran nucleares (52%), siendo 22% monoparentales.

CONCLUSIONES

1. La satisfacción de los padres de familia frente a la atención de enfermería en el servicio de pediatría es de satisfacción y el cumplimiento de la dimensión interpersonal es adecuada en el 52,3%.
2. Se encontró que el 66,2% de las madres se muestran satisfechas un 66,2% frente a la atención de enfermería, y es más frecuente cuando ellas tienen entre 26 a 35 años con un 56,9%.
3. Se obtuvo que los padres de familia con instrucción secundaria muestran satisfacción en un 46,2%.
4. En la dimensión técnica se observa que existe opinión medianamente adecuada emitida por las madres de familia en un 73,8%. Y cuando tienen entre 26 a 53 años de edad con 66,2%, y grado de instrucción secundaria 55,4%.
5. En la dimensión técnica según el número de hospitalizaciones existe opinión medianamente adecuada cuando el paciente ha tenido más de dos reingresos al servicio de pediatría.
6. En cuanto a la dimensión interpersonal se obtuvo opinión adecuada a manifestación de las madres de familia con un 56,9% y por aquellas que tienen entre 26 a 35 años de edad.

RECOMENDACIONES

1. Hacer de conocimiento a las autoridades del Hospital IV EsSalud los resultados del estudio con el fin de coordinar acciones para el mejoramiento de la atención en el servicio de pediatría para la estadía del paciente el cual repercutirá en incrementar el nivel de satisfacción de los familiares.
2. Que en la institución hospitalaria se dé mayor énfasis al dictado de cursos o talleres relativos a la calidad de atención y la satisfacción del usuario y de esta manera incentivar o superar las expectativas del paciente y familia, alcanzando con ello la plena satisfacción del cliente en mención.
3. Que en los diferentes servicios de hospitalización y en especial de pediatría se utilice estrategias metodológicas para mejorar la satisfacción del paciente y familia a través de la concientización frecuente y ubicación del personal profesional de enfermería según especialización el cual repercutirá en brindar atención con calidad y calidez a los pacientes.
4. Que el profesional de enfermería del servicio de pediatría reciba capacitación constante de calidad de atención de enfermería; lo que se verá reflejado en la satisfacción de los pacientes y familiares.
5. Que esta investigación sirva de referencia para la utilización de trabajos similares que permiten identificar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares con la atención de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

1. Lele M, Sheth J: El cliente es la clave. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid.1989
2. Grogan S., Conner M., Willits D., Norman P.: Development of a questionnaire to measure patient' s satisfaction with general practitioners' services. Br J Gen Pract, 45(399): 525-9, 1995.
3. Weingarten SR., Stone E., Green A. et al.: A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. Am J Med, 99(6): 590-6, 1995.
4. Saturno PJ. Methods of user participation in the evaluation and improvement of the quality of health services. Rev Esp. Salud Pública, 69(2): 163-75, 1995.
5. Goncalves P.E., Minderler JJ., Tompkins DL.: A patient satisfaction survey: a basis for changing delivery of services. Mil Med, 160(10): 486-8, 1995.
6. Delgado A., López LA., Luna del Castillo JD.: Influence of the organizational model on user satisfaction. Atención Primaria, 16(6): 314-8, 320-1, 1995.
7. Baradell JG.: Clinical outcomes and satisfaction of patients of clinical nurse specialists in psychiatric-mental health nursing. Arch Psychiatr Nurs, 9(5): 240-50, 1995
8. Delbanco, T.L. and DALEY, J. Through the patient's eyes: Strategies toward more successful contraception. Obstetrics and Gynecology 88(3 Suppl.): 41S-47S. Sep. 1996
9. Diaz, S. Quality is client oriented. Planned Parenthood Challenges, No. 2. 1994. p. 31-33.
10. Donovan, J.L. Patient decision making: The missing ingredient in compliance

- research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 11(3): 443-455. 1995.
11. Thompson, A.G.H. and Sunol, R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care* 7(2): 127-141. 1995.
 12. Schuler, S.R. and Hossain, Z. Family planning clinics through women's eyes and voices: A case study from rural Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* 24(4): 170-175, 205. Dec. 1998
 13. Brown, L., Tyane, M., Bertrand, J.T., Lauro, D., Abou-Ouakil, M., and Demaria, L. Quality of care in family planning services in Morocco. *Studies in Family Planning* 26(3): 154-168. May/Jun. 1995
 14. Bennett, S., Dakpallah, G., Garner, P., Gilson, L., Nittayaramphong, S., Zurita, B., and ZWI, A. Carrot and stick: State mechanisms to influence private provider behavior. *Health Policy and Planning* 9(1): 1-13. 1994.
 15. Johns Hopkins School Of Public Health, Population Communication Services (JHU/PCS). Impact of the Radio Communication Project (RCP) and Interpersonal Communication and Counseling (IPC/C) Project in Nepal. Baltimore, JHU/PCS, Apr. 24, 1997. 3 p.
 16. Buxbaum, A., Murray, N., and Vernon, R., eds. Miller, J., series ed. Using CQI to strengthen family planning programs. *Family Planning Manager*, Boston, Family Planning Management Development, Management Sciences for Health, Vol. 2 Jan. /Feb. 1993. 20 p.
 17. Donabedian, A. Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Quality Assurance in Health Care* 1(1): 3-11. 1989.

18. AVSC International (AVSC). No-scalpel vasectomy: An illustrated guide for surgeons. 2nd Ed. New York, AVSC, 1997.
19. Abdel-Tawab, N.G. Provider-client communication in family planning clinics in Egypt: Styles, predictors, and associations with client outcomes. Doctoral Dissertation, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, 1995. 242 p.
20. Maslow, A. (1985). El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser. Bs. Aires: Troqvel.
21. Dicaprio, N. (1985). Teorías de la personalidad. México: Interamericana.
22. <http://html.rincondelvago.com/teoria-de-los-factores-de-frederick-herzberg.html>.
23. Cynset. Manual de la Calidad. Lima, 2000.
24. Gilmore, CM y otros. Gerencia de la Calidad Derie Paltex. Volumen III. Lima 2001

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

ESCUELA DE POSGRADO FILIAL TARMA

ANEXO N° 01

OPINIONARIO TIPO LIKERT

INTRODUCCIÓN:

Con el propósito de mejorar calidad de atención de enfermería que se brinda en el servicio a los niños hospitalizados, le solicito responder este cuestionario, el mismo que es de carácter anónimo.

INSTRUCCIONES:

Sírvase marcar con un aspa (X) la alternativa que Ud. Crea conveniente, Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, pero si es importante que responda todas las preguntas.

I. DATOS GENERALES:

1. Sexo del entrevistado:
Masculino () Femenino ()
2. Edad:
15-25 años () 26-35 años () 36- a más ()
3. Grado de Instrucción
Primaria () Secundaria () Superior ()
4. Estado civil
Casado () Divorciada () Madre o padre soltera ()
5. Número de hospitalizaciones.
Ira vez () Reingreso 2 – 3 () Reingreso 4 a más ()
6. Motivo de atención en el servicio:
Diagnóstico clínico ()

II. DATOS ESPECIFICOS.

ITEMS	Valoración			
	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
DIMENSION TECNICA				
1. Al servicio donde se encuentra hospitalizado su niño se llega fácilmente y sin dificultades.				
2. Existe bastante limpieza en el ambiente de hospitalización.				
3. La iluminación es adecuada y permite visualizar mejor las condiciones de la sala y favorece a que el niño se adapte mejor al servicio.				
4. Posee medio de ventilación acorde a la cantidad de niños hospitalizados en una habitación.				
5. En el servicio se cuenta con sofá o sillas en número suficiente para poder descansar los familiares.				
6. El personal de enfermería atiende con rapidez y aplica a la hora indicada el tratamiento a los niños.				
7. Cuando ingreso su niño a sala de hospitalización le atendieron tomándole su peso, talla, funciones vitales.				
8. El personal de enfermería le recibe sus saludos cuando Ud. Le brinda al ingresar al servicio.				
9. El personal de enfermería le ha orientado sobre todo el proceso que deberá realizar Ud. Para que su niño reciba la atención.				
10. Le ofrecen información sobre otros servicios que pueda recibir dentro o fuera del establecimiento.				
11. Le han brindado folletos con información relacionado a la prevención de enfermedades o autocuidado a seguir en el hogar una vez de alta de su niño.				
12. Cuánto tiempo esperó para que puedan hospitalizar a su niño.				
DIMENSION INTERPERSONAL				
13. El personal de enfermería le brinda orientación y explican ampliamente sobre el estado de salud de su paciente hospitalizado.				
14. Le brinda explicación sobre el cumplimiento del				

tratamiento indicado a su paciente.				
15. La enfermera le informa o explica en qué consiste el (o los) procedimiento (s) que le realizará a su niño.				
16. La enfermera anota en la historia clínica el procedimiento o tratamiento aplicado a su niño.				
17. Le explican sobre donde adquirir los medicamentos indicados para que pueda recibir su niño.				
18. Le indican porque debe de comprar algunos medicamento que no hay en el establecimiento de salud en forma gratuita				
19. La enfermera atiende muy bien a los niños durante la etapa de hospitalización.				
20. El personal de salud atiende óptimamente a los niños y familiares en el servicio de hospitalización.				
21. Si fuera necesario regresaría a una nueva atención a este servicio.				
22. Recomendaría a otras personas a atenderse en este establecimiento y servicio de hospitalización.				
23. Todos los niños hospitalizados son atendidos merecidamente.				
24. La enfermera le da tiempo suficiente para que pueda explicar el problema de su niño.				
25. El personal de enfermería muestra interés por la recuperación de su niño.				
26. Al momento de que la enfermera le hace un procedimiento, se muestra cariñosa, y le habla con palabras suaves a su niño				
27. La enfermera se muestra interesado en su niño como ser humano.				
28. El personal de enfermería llama a su niño por su nombre				
29. Por lo general el personal de enfermería aceptan el despido de Ud. Al retirarse del servicio de hospitalización.				
30. Le han suspendido la consulta por alguna razón.				

Cuadro 11. Satisfacción según estado civil de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

SATISFACCION	ESTADO CIVIL				Total	
	CASADA (O)		MADRE O PADRE SOLTERA (O)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SATISFECHO	35	53,8	12	18,5	47	72,3
INSATISFECHO	15	23,1	3	4,6	18	27,7
Total	50	76,9	15	23,1	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,576(b)	1	,448		
Corrección por continuidad(a)	,185	1	,667		
Razón de verosimilitudes	,605	1	,437		
Estadístico exacto de Fisher				,529	,343
Asociación lineal por lineal	,567	1	,451		
N de casos válidos	65				

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 0,576 < a X^2_t = 3,81$, determinándose por lo tanto que no existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis nula y rechazando la hipótesis alterna.

Cuadro 12. Satisfacción, según hospitalizaciones previas, de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

SATISFACCION	HOSPITALIZACIONES				Total	
	PREVIAS		REINGRESO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SATISFECHO	18	27,7	29	44,6	47	72,3
INSATISFECHO	9	13,8	9	13,8	18	27,7
Total	27	41,5	38	58,5	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,734(b)	1	,392		
Corrección por continuidad(a)	,331	1	,565		
Razón de verosimilitudes	,728	1	,394		
Estadístico exacto de Fisher				,414	,281
Asociación lineal por lineal	,723	1	,395		
N de casos válidos	65				

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 0,734 < a X^2_t = 3,81$, determinándose por lo tanto que no existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis nula y rechazando la hipótesis alterna.

Cuadro 13. Dimensión técnica, según estado civil, de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

DIMENSION TECNICA	ESTADO CIVIL				Total	
	CASADA (O)		MADRE O PADRE SOLTERA(O)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADECUADA	8	12,3	1	1,5	9	13,8
MED. ADECUADA	42	64,6	14	21,5	56	86,2
Total	50	76,9	15	23,1	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,843(b)	1	,359		
Corrección por continuidad(a)	,242	1	,623		
Razón de verosimilitudes	,966	1	,326		
Estadístico exacto de Fisher				,672	,330
Asociación lineal por lineal	,830	1	,362		
N de casos válidos	65				

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 0,843 < a X^2_t = 3,81$, determinándose por lo tanto que no existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis nula y rechazando la hipótesis alterna.

Cuadro 14. Dimensión interpersonal, según grado de instrucción, de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

DIMENSION INTERPERSONAL	GRADO DE INSTRUCCIÓN						Total	
	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADECUADA	10	15,4	25	38,5	5	7,7	40	61,5
MED. ADECUADA	7	10,8	13	20,0	5	7,7	25	38,5
Total	17	26,2	38	58,5	10	15,4	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,906(a)	2	,636
Razón de verosimilitudes	,894	2	,639
Asociación lineal por lineal	,076	1	,783
N de casos válidos	65		

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 0,906 < a X^2_t = 5,99$ determinándose por lo tanto que no existe

relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis nula y rechazando la hipótesis alterna.

Cuadro 15. *Dimensión interpersonal, según estado civil, de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009*

DIMENSION INTERPERSONAL	ESTADO CIVIL				Total	
	CASADA (O)		MADRE O PADRE SOLTERA (O)			
	N°	%	N°	%	N°	%
ADECUADA	28	43,1	12	18,5	40	61,5
MED. ADECUADA	22	33,8	3	4,6	25	38,5
Total	50	76,9	15	23,1	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,808(b)	1	,094		
Corrección por continuidad(a)	1,886	1	,170		
Razón de verosimilitudes	3,011	1	,083		
Estadístico exacto de Fisher				,133	,082
Asociación lineal por lineal	2,765	1	,096		
N de casos válidos	65				

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 2,808 < a X^2_t = 3,81$, determinándose por lo tanto que no existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis nula y rechazando la hipótesis alterna.

Cuadro 16. Dimensión interpersonal, según hospitalizaciones previas, de los padres frente a la atención de enfermería al niño hospitalizado en el servicio de pediatría Hospital IV EsSalud Huancayo 2009

DIMENSION INTERPERSONAL	HOSPITALIZACIONES				Total	
	PREVIAS		REINGRESO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADECUADA	16	24,6	24	36,9	40	61,5
MED. ADECUADA	11	16,9	14	21,5	25	38,5
Total	27	41,5	38	58,5	65	100,0

Fuente: Opinionario tipo Lickert.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,101(b)	1	,750		
Corrección por continuidad(a)	,004	1	,952		
Razón de verosimilitudes	,101	1	,750		
Estadístico exacto de Fisher				,800	,475
Asociación lineal por lineal	,100	1	,752		
N de casos válidos	65				

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado se observa que el valor para la $X^2_o = 0,101 < a X^2_t = 3,81$, determinándose por lo tanto que no existe relación estadística entre ambas variables afirmándose por lo tanto la hipótesis nula y rechazando la hipótesis alterna.

VALIDEZ DE CONTENIDO

Kerlinger (1975). La validez de contenido es básicamente cuestión de “Juicio”, efectivamente, a diferencia de otros tipos de validez que son determinados por coeficientes de correlación la validez de contenido es verificada por jueces expertos quienes evalúan la representatividad de la conducta que se mide, buscando establecer si se representan el universo del contenido de esa conducta y la relevancia de los ítems.

Validez de contenido del instrumento:

OPINIONARIO TIPO LIKERT

Prueba χ^2	Sí	No
Fo	30	05
Ft	04	03
Fo – Ft	26	02
(Fo – Ft) ²	676	4
(Fo – Ft) ² /Ft	169	1,3
χ^2	170,3	

Planteamiento de la hipótesis

Ho: La opinión de los jueces respecto a los ítems de la prueba no es significativo.

H1: La opinión de los jueces respecto a los ítems de la prueba es significativo.

Como resultado de la prueba χ^2 se tiene $\chi^2 = 170,3$ este valor comparado con el valor crítico de χ^2 a grados de libertad $gl = 1$ a un nivel de significancia de 0,05 de la tabla se tiene $\chi^2_{0,05} = 3,841$

Como la regla de decisión dice que χ^2 calculado $>$ χ^2 de la tabla, tomando como referencia este supuesto científico se tiene que $170,3 > 3,841$, por lo que concluimos que la prueba a opinión de los jueces es significativa.

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICION: COEFICIENTE ALPHA DE CRONBACH
OPINIONARIO TIPO LIKERT**

S/I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	1	3	3	2	2	1	2	3	3	2	2	1	1	2	2	2	3	3	3
2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
3	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3	3	4	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
4	3	3	4	4	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	3	1	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
5	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	3	2	4
6	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	4
7	4	4	1	1	3	3	3	2	3	3	1	1	1	2	4	2	1	1	1	1	2	4	4	4	4	3	3	3	4	3
8	1	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	4	2	2	2	3	3	2	4	2	2	2	3	3	3	3	4	3
9	2	2	2	4	2	2	3	4	2	3	2	2	4	2	2	2	2	3	2	4	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2
10	3	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	2	2	3	2	4	4	4	2	2	2	2	3	2
11	3	1	1	2	2	4	2	2	2	2	4	4	2	4	1	1	2	2	4	2	1	1	1	1	2	2	4	4	2	1
12	2	2	2	4	4	3	4	4	4	4	3	1	4	1	2	2	4	4	3	1	3	2	2	2	4	4	3	3	2	4
Si	30	30	26	30	27	29	29	28	27	29	28	24	29	31	30	25	27	28	29	27	27	30	29	29	33	32	33	35	34	31
X	2,5	2,5	2,17	2,5	2,25	2,42	2,42	2,33	2,25	2,42	2,33	2	2,42	2,58	2,5	2,08	2,25	2,33	2,42	2,25	2,25	2,5	2,42	2,42	2,75	2,67	2,75	2,92	2,83	2,58
S2	0,79	0,9	1,03	1,16	0,96	0,99	0,99	1,07	0,96	0,99	0,98	1,04	1,08	0,9	0,9	0,99	1,13	0,98	0,99	1,05	0,96	0,9	0,99	0,99	0,75	0,65	0,62	0,51	0,71	1,08

$$\alpha = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right)$$

S^2_i : Varianza de cada ítem

S^2_t : Varianza de la suma de los ítems = 28,04

$\alpha = 0,776$, la prueba tiene una confiabilidad aceptable.