

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Enfermería

Tesis de Enfermería

2015

La motivación de los enfermeros para incorporar cuidados centrados en la familia

Castañeiras, Paola

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/167>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO DE ENFERMERÍA
CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

CÁTEDRA: TALLER DE TRABAJO FINAL

“La motivación de los enfermeros para incorporar cuidados centrados en la familia”

**Docente: Celaya, Laura Adriana
Barg, Mónica.**

Estudiantes:

- Castañearas, Paola
- Martínez, Marina Fernanda
- Moreira, Ana Karina

Mar del Plata, 3 de diciembre de 2015.

Índice

Capítulo I

1.- Introducción al problema	pág. 2.
2.- Formulación del problema	pág. 3.
3.- Hipótesis	pág. 3.
4.- Objetivos	pág. 3.
5- Justificación de problema	pág. 4.
6- Propósito	pág. 5.

Capítulo II

1.- Marco teórico	pág. 6.
-------------------	---------

Capítulo III

	pág. 19.
1.- Diseño metodológico	pág. 19.
1.- A.- Tipo de estudio	pág. 19.
1.- B.- Población y muestra	pág. 19.
1.- C.- Técnica e instrumentos de recolección de datos	pág. 19.
2.- Variable	pág. 20.
2. A Dimensión de la variable	pág. 20.
2. B Esquema de variable	pág. 23.

Capitulo IV

Presentación y análisis de datos	pág. 26.
1. Descripción de la población en estudio	pág. 26.
2-Análisis de datos relacionados al nivel de motivación	pág. 31.
2. A Aspectos relacionados a la motivación intrínseca	pág. 32.
2. B Aspectos relacionados a la motivación extrínseca	pág. 41.
2. C Nivel de motivación	pág. 46.
3. Conclusiones	pág. 47
Anexos	pág. 49
Bibliografía	pág. 54.

Capítulo I

Área Problema

La internación de un hijo incrementa los niveles de ansiedad y desprotección en los familiares, encontrándose en una situación de sumisión e inseguridad. La familia experimenta sentimientos muchas veces negativos, lo cual genera un contexto amenazante. Esta inesperada situación no deseada por parte de la familia debido a la internación de su hijo, acompañado por factores emocionales, socioculturales y económicos, potencian el momento de crisis por el que transcurren.

Por ese motivo se propone el modelo de maternidad segura y centrada en la familia para contribuir al bienestar emocional de la familia del recién nacido a través de diferentes acciones que reducen el stress y favorecen la organización emocional materna y familiar. La promoción del vínculo temprano padres-hijo durante la internación, otorga seguridad, confianza, y fomenta el reconocimiento y descubrimiento de su hijo. Es a partir de ello en donde los enfermeros deberíamos participar, considerando que nuestra profesión se basa ante todo en la ética del cuidado, teniendo el compromiso de ejercer la profesión con calidad humana, científica y ética, debiendo hacer respetar todos los derechos del paciente y su familia, evitarle daño, manipulaciones, intervenciones y tratamientos innecesarios. Para alcanzar este cambio de paradigma, es necesario que exista motivación desde los profesionales enfermeros.

La motivación es un sentimiento impulsivo producto del deseo de hacer u obtener algo, el que muchas veces nos puede llevar a actuar en forma positiva o competitiva y otras veces en forma negativa o inescrupulosa. Es provocada por fuerzas internas como las necesidades, intereses y creencias, o externas como factores relacionados al medio ambiente (Olivero, 2006)¹. Los enfermeros somos partícipes indispensables de un cambio de paradigma, desde un cuidado positivista basado en la tecnología y medicación, para transformarlo en uno más humanizado, basado en el bienestar del paciente y los derechos de la familia, en el que los recién nacidos y sus papás son los verdaderos protagonistas.

¹ Olivero, L. T. (2006). *Taller sobre Motivación*. sitio Web de Universidad Carlos Albizu: sju.albizu.edu/corrección/Motivación/motivación%20presentación.ppt

En este trabajo lo que intentamos destacar es la motivación que impulsa al enfermero a ser parte de este cambio, y cómo se relacionan los niveles de motivación de los mismos con la implementación de nuevos modelos de atención centrados en la familia.

En los servicios de neonatología de la ciudad de Mar del Plata aún se observan dificultades en la implementación del modelo centrado en la familia debido a que en su mayoría continúan con regímenes de visita, con horarios restringidos y no centrados en la familia.

Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de motivación intrínseca y extrínseca de los enfermeros para la implementación de cuidados centrados en la familia, en el servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, año 2015?

Objetivo general

Conocer el nivel de motivación intrínseca y extrínseca del personal de enfermería para la implementación de cuidados centrados en la familia.

Objetivos específicos.

- Describir el nivel de motivación intrínseca del personal de enfermería en la implementación de cuidados centrados en la familia.
- Describir el nivel de motivación extrínseca del personal de enfermería en la implementación de cuidados centrados en la familia.

Justificación del problema

En nuestra profesión interactuamos permanentemente con otros profesionales y con las familias, en un mundo cambiante, con diferentes realidades, en donde estas interacciones se vuelven más complejas. Es por ello que deberíamos estar preparados frente a estos cambios y poner en juego la capacidad transformadora y empática, incluyendo a la familia en los cuidados. Esto podría ser altamente positivo para el niño y los padres, como así también para los profesionales enfermeros, lo cual reflejaría y reafirmaría esa capacidad de poder tomar la realidad para transformarla, generando un contexto de inclusión para la familia como sujeto de atención junto a su hijo.

Esta investigación surge como un tema de gran impacto en la actualidad, como algo novedoso dado que no se han encontrado investigaciones que relacionen la motivación de los enfermeros y la incorporación de cuidados humanizados. Haciendo referencia a los antecedentes al respecto, se destaca la guía para transformar las maternidades seguras y centradas en la familia en la cual se explica el marco legal internacional y de la Argentina en el año 2007. Destacando también las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las maternidades en su camino a ser “centradas en la familia”. Respetar los derechos del niño, enfrenta la inequidad y la discriminación, empodera a la familia y tiene beneficios agregados, es gratificante para todos los agentes de salud². Actualmente, ocho años después de la publicación de la guía del Hospital Sardá de Buenos Aires, nos preguntamos por qué un modelo de atención con innumerables beneficios, tanto para los profesionales como para la familia, no se logre llevar a cabo firmemente en la ciudad de Mar del Plata, por lo que necesitamos conocer la motivación de los enfermeros para incorporar cuidados seguros y centrados en la familia, con el fin de aportar datos que respondan a la problemática.

La iniciativa de esta investigación es conocer el nivel y el tipo de motivación de los enfermeros para la implementación del modelo maternidad segura y centrada en la familia, identificar los factores que pueden modificarse para mejorar la atención y abrir la puerta a nuevas investigaciones que apoyen a los cuidados centrados en la familia.

Propósito

A partir de esta investigación se identificarán factores relacionados a los niveles y tipos de motivación extrínseco e intrínseco que obstaculicen o fomenten la implementación de una maternidad centrada en la familia. Teniendo en cuenta estos datos aportados por la investigación, proponer espacios para el diálogo sobre la problemática que surge a partir de un cambio de paradigma de las maternidades tradicionales a las maternidades centradas en la familia, haciendo hincapié en las propuestas y recomendaciones establecidas por el Ministerio de Salud de la Nación.

² UNICEF. Ministerio de Salud de la Nación. Maternidad segura y centrada en la familia. Buenos Aires. 2011. Disponible en www.unicef.org.

Capítulo II

Marco teórico

Cuando los nacimientos se llevaron del seno de los hogares a los hospitales, los miembros de la familia fueron excluidos. En una era de gran preocupación por la transmisión de enfermedades y de esfuerzos para declinar la mortalidad y la morbilidad materno infantil, los profesionales de la salud desarrollaron un esquema de aislamiento de los cuidados durante el parto. A partir de 1880 en los hospitales de Norteamérica y Europa las madres permanecían junto a su recién nacido inclusive cuando resultaban prematuros. Durante 1896, un nuevo modelo predominó en los hospitales, Martín Cooney, presentó el “kinderbrutanstalt” (incubadora de niños) en la cual se criaban niños prematuros sin permitir que la madre participe en la asistencia del recién nacido. En el año 1900 comienzan a observarse en las unidades neonatales un aumento en los índices de morbilidad de los niños internados, por lo que aun más aislado permanecían, ya que lo relacionaban este número a la circulación de personal en la sala. Prácticamente en todo el mundo se vieron reflejadas estas medidas hasta después de la segunda guerra mundial. La crisis en muchos países produjo una carencia en personal especializado para asistir a los recién nacidos internados por lo que en países como sud África comenzaron a incorporar a la madre en la asistencia de su hijo. A partir de ello se observó una disminución en la mortalidad infantil.³

En nuestro país la construcción del modelo centrado en la familia se realizó de manera progresiva. El Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda (HMIRS) en Buenos Aires se reorganizó con su visión actual en 1968. El Dr. Florencio Escardó impulsó importantes transformaciones en la atención pediátrica basadas en la participación activa de la madre en la internación de su hijo. A pesar de las dificultades y crisis históricas del sistema de salud, el equipo de neonatología del HMIRS ha promovido a lo largo de los últimos treinta y cinco años, una serie de cambios en las prácticas y abordajes en la atención de los recién nacidos, especialmente los que se encuentran en situación crítica, que merece destacarse. Recordemos que hasta hace apenas 30 años se consideraba a los prematuros como muy frágiles, por lo que se aconsejaba "tocarlos" lo menos posible⁴.

³ Marshall Klauss y John Kennell, “Asistencia del recién nacido de alto riesgo”, Cap. 7, Pág. 165. Ed. Atlántida Año 1995.

⁴ Graciela Uriburu. Raúl Merce. El modelo de maternidad centrada en la familia: experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda: estudio de buenas prácticas. Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2008. En http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub63.pdf

A partir de 1970 se genera una corriente de humanización en la asistencia neonatal, incluyendo la participación activa de la pareja durante el parto y la aceptación del alojamiento conjunto madre-hijo, facilitando de este modo el redescubrimiento de las ventajas de la lactancia materna” (Klauss Kenell)⁵

Luego de muchos años en donde las unidades de terapia intensivas neonatales fueron restringidas a las visitas de sus padres, privando así al niño de afecto y vínculo con los mismos, surgen diversas investigaciones y declaraciones que afirman los derechos de la madre y el niño. En respuesta a esto 1974 la ONU declara la conversión de los derechos del niño, entre otros aspectos, destaca que los niños no deben ser separados de sus padres y que el Estado es responsable de prestar asistencia a los padres para el desempeño de sus funciones de crianza.

A inicios de la década de 1980, la Organización Mundial de la Salud llamó frecuentemente la atención de los profesionales sobre las políticas destinadas a la atención del parto y del recién nacido, poniendo énfasis en las crecientes tasas de cesáreas, así como el decreciente interés en la lactancia materna. Tanto la OMS como UNICEF, fueron responsables de crear una estrategia de fomento de lactancia materna a nivel mundial, englobada en la creación del concepto de Hospital Amigo de la Madre y del Niño, el mismo se materializa a través de una metodología específica conocida como “Los 10 pasos para una lactancia exitosa”⁶.

En el año 2001, la “declaración de los derechos de la madre” por la ONU, donde se incluye a la madre en los cuidados del recién nacido y donde el enfermero toma transcendencia en su labor como promotor del vínculo.⁷

Tratándose de un parto o nacimiento prematuro o alguna otra patología neonatal, el recién nacido requiere cuidados intensivos que están a cargo de la institución, en el periodo de internación, la familia se ve demorada en ser quien proporcione los cuidados.

Se abre un paréntesis en el que es necesario esperar y donde el enfermero toma transcendencia, por su labor como cuidador así como aquel que en el mejor de los casos fomenta el vínculo familiar y hace de intermediario entre la familia y la institución.

⁵ Ob.ib. Cáp. 1, Pág. 26.

⁶ Martínez Villalón U. Clínica Las Condes. Revista Med. Clin. Conder - 2008; 19(3) 159 - 164] en:
http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED_19_3/02CUIDADOSHUMANOS.pdf

⁷ Largaña, Lomuto Celia, González Aurelia. Maternidades centradas en la familia. UNICEF. MSN. Buenos Aires. 2006. En:
<http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/maternidades.pdf>

En la actualidad lo complejo, diverso y acelerado de los cambios a que nos expone la nueva era, definen el conjunto de transformaciones socioculturales que implica simultáneamente a los sujetos y a las instituciones, aún en su interrelación más sutil y trascendental. En este contexto, uno de los órdenes más conmocionados es el de los sistemas de salud y su expresión en las relaciones humanas.

Han pasado muchas décadas desde aquellas propuestas humanizadas, y a pesar de demostrar sus beneficios, muchos profesionales de la salud siguen argumentando que la visitas de los padres aumentan la morbimortalidad de los recién nacidos, que afecta el neurodesarrollo los ruidos de los mismos. “No es horario de visita”, “no lo toques que el bebé necesita dormir” son, entre otras, las frases que se hacen oír en los servicios de neonatología de la actualidad.

La velocidad de cambio y transición que se ha generado a lo largo del tiempo entre el modelo de exclusión de los años 60 y las maternidades centradas en la familia hace que el enfermero se encuentre en una instancia de incertidumbre. La tendencia de transformación de la comunicación exige no solo una comprensión sino la explicación del cambio. La crisis de los paradigmas así como la modificación del sentido espacio-tiempo van siendo algunas de las inesperadas transformaciones que se ven reflejadas en su labor como una doble jugada de inclusión-exclusión, enmarcados en un contexto institucional que intenta dar respuesta a este cambio de paradigma.

La internación de un recién nacido en Neonatología no sólo implica el cuidado al neonato sino también de la familia, esta situación resulta estresante para la misma, experimentando sentimientos de angustia y ansiedad. El rol de enfermería y del personal de salud es fundamental para ayudar tanto a prevenir la aparición de la crisis como para su resolución.

En nuestro país en el año 2007 el Ministerio de Salud de la Nación y Unicef, presentaron la “Guía para transformar las maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia” realizada y aplicada en el Hospital Ramón Sarda. En la misma se define que una maternidad es segura y centrada en la familia (MSCF) cuando garantiza los controles prenatales y el derecho de las mujeres a tener un parto respetado, lo que implica, entre otras cosas, elegir la posición en la que quieren tener el bebé, estar acompañadas por la persona que ellas elijan y evitar intervenciones innecesarias. Las MSCF, además, fomentan la

internación conjunta y facilitan el contacto del bebé con la familia desde el momento del nacimiento.

Esta estrategia propone que las maternidades tengan una Residencia para Madres, para albergar a las mujeres que viven lejos y no tienen donde quedarse durante la internación de su hijo recién nacido; estimular la lactancia materna; hacer un seguimiento ambulatorio de la madre y el niño; y garantizar que las familias estén informadas y participen de todas las decisiones que se tengan que tomar durante el proceso de atención.

El modelo MSCF se sustenta en 5 ejes conceptuales y 15 principios. A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño (ANEXO 2), y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país. Para el logro de este propósito se pretende que:

- Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad estén convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establezcan como una de sus prioridades.
- El equipo de salud sea capaz de conocer e informar a todas las mujeres que se asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo o hija.
- Los padres y la familia asuman un papel protagónico en el cuidado del hijo.
- Las autoridades de la maternidad se comprometan a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo y convoquen a miembros de la comunidad a involucrarse y participar en actividades de voluntariado.
- El equipo de salud adopte prácticas efectivas y seguras y desaliente el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas para la madre o el niño.
- La institución cuente con un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna mediante su participación en la iniciativa “Hospital amigo de la madre y del niño”.

En Argentina, las MSCF benefician a 223.000 recién nacidos y sus madres cada año. Durante estos cinco años, más de 7.000 profesionales de los equipos de salud dedicados a la atención

materna y perinatal fueron capacitados, se acondicionaron 14 Residencias para Madres y se construyeron otras 6 en maternidades que carecían de este espacio⁸.

El actual cambio de paradigma, nos llevaría a una concepción más humanizada y personalizada de la salud, en el cual la familia ocuparía un lugar fundamental. El niño necesita de manera especial de su familia para obtener un cuidado holístico, ya que la hospitalización del mismo en estado crítico, condiciona un gran riesgo para su desarrollo físico y psicosocial posterior. La familia se convierte en mediador no sólo de su crecimiento físico, sino también psicológico, social, espiritual y cultural.

La hospitalización de un neonato tiene tres protagonistas: el niño, los padres y el equipo de salud. Siendo los dos últimos moduladores de su crecimiento y desarrollo a través de las interacciones que establecen; esta situación, es un factor de estrés importante para los padres, en que el eje central, es el duelo y los mecanismos psicológicos implicados para su elaboración normal o patológica, lo que se ve agravado por el tiempo de hospitalización⁹.

La convocatoria de los familiares en la internación del recién nacido tiene el propósito de ofrecerles un protagonismo más activo. Ser parte del seguimiento de la evolución de ese bebé, les permite grados de espera y tolerancia mayores en relación a la capacidad de pedir y recibir la información por parte de los padres.

A los profesionales enfermeros les resulta en un comienzo extraño la presencia tan próxima y real, de la familia en su área de trabajo. Área que por otra parte implica no sólo el aislamiento del recién nacido, sino que históricamente garantizó también el aislamiento de un equipo en el que médicos, enfermeras y mucamas consolidaron un estilo de trabajo, alejado de la familia del paciente. Fue necesario ir comprendiendo las resistencias expresadas en su temor a sentirse observados, evaluados, interrogados y fundamentalmente, interferidos en su eficacia profesional. Muchas veces la presencia de la familia es vivida como un obstáculo en la lucha por conservar la vida. Esto responde a que el equipo percibe, de algún modo, los innumerables movimientos inconscientes de amor, odio, rechazo, frustración, desencanto, desesperanza, etc¹⁰.

Históricamente el cuidado en las unidades de cuidados intensivos ha estado centrado en las necesidades físicas del niño; las necesidades psicológicas son secundarias e incluso las

⁸ Ibidem

⁹ Helman, Viviana, Martínez Alejandra, Heath Adela. La presencia de la familia en la alta complejidad Neonatal. Ingreso de familiares a una Unidad de cuidados intensivos neonatales. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1996, XV, N° 3

¹⁰ Pérez A. El niño la familia y el pediatra. Revista del Hospital de Niños R. Gutierrez 1977; 19 : 241-248.

necesidades de la familia llegan a desaparecer o son aplazadas, consecuentemente las necesidades del niño y la familia no son vistas por igual y habitualmente no se reconoce que el niño depende de su familia para su sobrevivencia y para el alta desde la UCIN. Esta visión biomédica por la explosión tecnológica, la especialización, ha llevado a una fragmentación y deshumanización de los servicios de salud. Los padres son vistos por los profesionales como intrusos dentro de este ambiente altamente tecnificado y no son vistos como un apoyo al crecimiento y desarrollo del niño¹¹

Hidalgo C, Carrasco E. 1999, sistematiza el rol de la familia identificando factores que pueden ser protectores para la salud o de riesgos para enfermedad o condicionantes de ellas.

Los factores de riesgo constituyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura. Pueden clasificarse en: Personales, Familiares, Sociales. Se establecen conductas de riesgo que son acciones, pasivas o activas, que involucran peligro para la persona o acarrear consecuencias negativas para su salud, como por ejemplo: consumo de alcohol, deserción escolar, sexualidad precoz, accidentes, problemas con la ley, entre otros.

Mc Grath J. 2001, señala que la hospitalización prolongada es particularmente estresante para la familia, ocasionando desajustes en muchos aspectos de su vida, incluyendo separación de los padres o de otros miembros de la familia, necesidad de mayor apoyo psicológico y económico.

La interacción de la familia cambia cuando el niño es hospitalizado, sus miembros pueden experimentar shock e incredulidad. Los padres expresan de diferentes formas su estrés emocional, pueden sentir ansiedad, depresión, culpa, angustia, irritabilidad, poca ayuda, frustración y miedo. El niño críticamente enfermo puede ocasionar alteración en las normas y rutinas de la familia. Ambos padres sienten miedo e incertidumbre acerca del futuro del niño, del desarrollo y sobrevivencia de éste, las madres se sienten estresadas, no tienen suficiente tiempo y no cuentan con apoyo en la comunidad con quien compartir las

¹¹ Florenzano U. Ramón. 1194. Familia y salud de los jóvenes. Ediciones Universidad Católica. Capítulo 5. la familia y la salud. pp. 81 a 85.

necesidades de sus hijos. Los padres sienten que están más tiempo solo, sin su pareja, y que no tiene suficiente dinero para ser el soporte de la familia¹².

Jean Watson en su Teoría del cuidado humano sostiene que ante el riesgo deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias¹³.

Con respecto a los antecedentes y trabajos que abarquen la problemática tratada no se ha seleccionado uno en donde se relacione la motivación de los enfermeros respecto al cuidado seguro y centrado en la familia. Si existen investigaciones sobre cuidados centrados en la familia realizados en Hospitales de España, Cuba, Uruguay y Brasil, lo que hemos analizado que este tipo de cuidado ya se encuentra instalado, por lo que esto explica no sea un tema de discusión la motivación de los enfermeros. Pero surgen otras problemáticas en las neonatologías centradas en la familia que han sido analizadas entre ellas cómo abarcar la angustia de la familia desde un equipo interdisciplinario, la relación entre la familia equipo de salud, el método de mama canguro y la instalación de musicoterapia de Mozart.

Considerando que se encuentran comprobados los beneficios de la implementación de los servicios de neonatología centrados en la familia para este cambio de paradigma hacia una atención más humanizada es fundamental la existencia de motivación en los profesionales enfermeros.

La palabra motivación viene del latín *motus* que significa movimiento, lo que mueve. De ello puede afirmarse que la motivación es una razón que mueve para realizar algo.

A lo largo de la historia, la motivación, ha sido un campo de la psicología en constante estudio. Sin embargo esto no quiere decir que la investigación en este ámbito haya concluido, ya que aún quedan muchas incógnitas por resolver acerca de este tema debido a su

¹² Op. cit 9

¹³ Paula Ceballos Vázquez. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y Enfermería . pp: 31, 2010.

Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf

complejidad intrínseca. Como consecuencia de ello han sido muchos los autores que han proporcionado una definición de la motivación.

Todos los fenómenos están determinados o sea que responden a una causalidad aunque esta no sea directa para la psicología contemporánea los fenómenos psicológicos tienen un carácter causal, de modo tal que la psicología moderna es dinámica en la medida que las motivaciones de las conductas es el estudio del porqué. (José Bleger)

Para cada motivación existirá un objeto para satisfacerla es decir si un individuo tiene hambre, busca comida, y si tiene otras necesidades trata de buscar los medios para satisfacerlas. Sin motivación casi ninguna conducta puede tener lugar, la motivación fuerza a la acción.

Para Maslow (1954) *“la motivación es constante, inacabable, fluctuante y compleja, y casi es una característica universal de prácticamente cualquier situación del organismo”*. Atkinson, (1958) define su concepto de motivación como *“la activación de una tendencia a actuar para producir uno o más efectos”* “La motivación me indica hacer algo porque resulta muy importante para mí hacerlo” (Herzberg F. Teoría de la Motivación- Higiene, 2004).

Según Olivero (2006), la Motivación puede ser de dos clases:

Motivación extrínseca: Son las características de los estímulos externos lo que determina la dirección de nuestra conducta. La motivación regulada por el ambiente es fruto del aprendizaje.

Motivación intrínseca: Cuando el sujeto persiste en una conducta sin un estímulo exterior que lo justifique. Existe ausencia de una contingencia externa aparente.

La principal diferencia entre ellas es que intrínsecamente la motivación emana de fuentes internas y extrínsecamente surge de los incentivos.

El nivel de ambos tipos de motivación que nos lleva a realizar un comportamiento depende del momento y de la actividad. Una misma actividad suscitará motivaciones diferentes dependiendo de la persona o incluso para la misma persona en momentos diferentes.

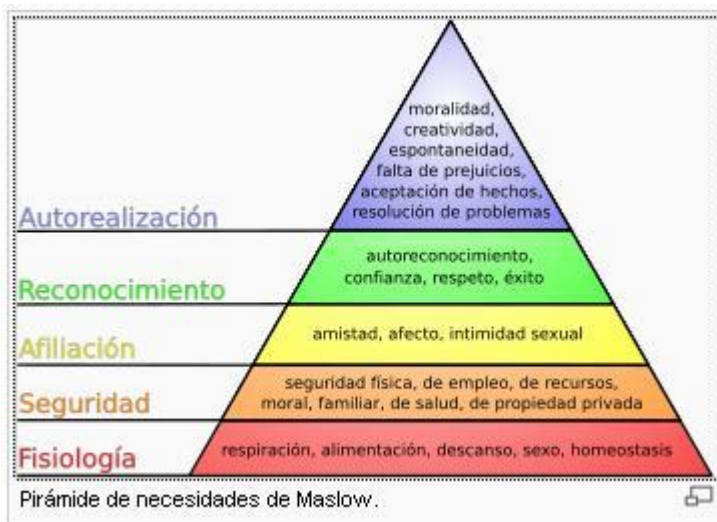
Teoría del incentivo (Dickinson): La dirección hacia una meta es fruto de la interacción entre estados emocionales y expectativas cognitivas.¹⁴

Indagaremos la motivación de la conducta humana en un contexto profesional dentro de una unidad de cuidados intensivos por lo tanto consideramos describir algunas teorías relacionadas:

¹⁴ Apuntes psicología. Psicología de la motivación. Disponible en: www.psicologiauned.com

Teoría de la jerarquía de necesidades de Maslow (Maslow, 1954)

Es quizás la teoría más clásica y conocida popularmente. Este autor identificó cinco niveles distintos de necesidades, dispuestos en una estructura piramidal, en las que las necesidades básicas se encuentran debajo, y las superiores o racionales arriba. Para Maslow, estas categorías de relaciones se sitúan de forma jerárquica, de tal modo que una de las necesidades sólo se activa después que el nivel inferior este satisfecho. Únicamente cuando la persona logra satisfacer las necesidades inferiores, entran gradualmente las necesidades superiores, y con esto la motivación para poder satisfacerlas.



Necesidades fisiológicas: Constituyen la primera prioridad del sujeto, son innatas y heredadas y están relacionadas con la supervivencia. (comida, bebida, dormir, sexo)

Necesidad de seguridad: Sentirse seguro y protegido frente a situaciones de peligro físico y/o psicológico.

Necesidad de afiliación: Tiene que ver con el desarrollo afectivo y de interacción entre las personas, con la necesidad de amistad, afecto y aceptación social.

Necesidad de estima o reconocimiento: Necesidad de todo ser humano por sentirse valorado por sí mismo y por los otros.

Necesidad de autorrealización: Es el ideal al que todo ser humano desea llegar. Persigue como objetivo desarrollar hasta el alcance de todo el potencial y talento que se tenga disponible y progresar en la vida al máximo.

- El enfoque de Maslow ha sido muy importante en los sistemas educativos y en los departamentos de Recursos Humanos.

- Muchas personas han criticado esta teoría diciendo que no todas las personas tienen las mismas necesidades y la poca flexibilidad de sus escalones¹⁵.

Teoría del factor dual de Herzberg (Herzberg, Mausner y Snyderman, 1967)

Sus investigaciones se centran en el ámbito laboral. A través de encuestas observo que cuando las personas interrogadas se sentían bien en su trabajo, tendían a atribuir esta situación a ellos mismos, mencionando características o factores intrínsecos como: los logros, el reconocimiento, el trabajo mismo, la responsabilidad, los ascensos, etc. En cambio cuando se encontraban insatisfechos tendían a citar factores externos como las condiciones de trabajo, la política de la organización, las relaciones personales, etc. De este modo, comprobó que los factores que motivan al estar presentes, no son los mismos que los que desmotivan, por eso divide los factores en:

- **Factores Higiénicos:** Son factores externos a la tarea. Su satisfacción elimina la insatisfacción, pero no garantiza una motivación que se traduzca en esfuerzo y energía hacia el logro de resultados. Pero si no se encuentran satisfechos provocan insatisfacción.
- **Factores motivadores:** Hacen referencia al trabajo en sí. Son aquellos cuya presencia o ausencia determina el hecho de que los individuos se sientan o no motivados.

Factores Higiénicos	Factores motivadores
<ul style="list-style-type: none"> - Factores económicos: Sueldos, salarios, prestaciones. - Condiciones físicas del trabajo: Iluminación y temperatura adecuadas, entorno físico seguro. - Seguridad: Privilegios de antigüedad, procedimientos sobre quejas, reglas de trabajo justas, políticas y procedimientos de la organización. - Factores Sociales: Oportunidades para relacionarse con los demás compañeros. - Status: Títulos de los puestos, oficinas propias, privilegios. - Control técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tareas estimulantes: Posibilidad de manifestar la propia personalidad y de desarrollarse plenamente. - Sentimiento de autorrealización: Certeza de contribuir en la realización de algo de valor. - Reconocimiento de una labor bien hecha: La confirmación de que se ha realizado un trabajo importante. - Logro o cumplimiento: La oportunidad de realizar cosas interesantes. - Mayor responsabilidad: El logro de nuevas tareas y labores que amplíen el puesto y brinden un mayor control del mismo.

¹⁵ Quintero Angarita. Teoría de las necesidades de Maslow. Web disponible en: <http://paradigmaseducativosuft.blogspot.com/>

Los factores higiénicos coinciden con los niveles más bajos de la necesidad jerárquica de Maslow (filológicos, de seguridad y sociales). Los factores motivadores coinciden con los niveles más altos (consideración y autorrealización) (Leidecker y Hall, 1989).

De la teoría de **Herzberg** se deriva el concepto de job *enrichment* (enriquecimiento del trabajo) que supone diseñar el trabajo de un modo más ambicioso de modo que permita satisfacer motivos de más alto valor. Para lograrlo se deben aplicar los siguientes principios (Engel y Redmann, 1987):

- Suprimir controles.
- Aumentar la responsabilidad sobre las tareas a desarrollar.
- Delegar áreas de trabajo completas.
- Conceder mayor autoridad y mayor libertad.
- Informar sobre los avances y retrocesos.
- Asignar tareas nuevas y más difíciles.
- Facilitar tareas que permitan mejorar.¹⁶

Teoría de las expectativas

El autor más destacado de esta teoría es Vroom (Vroom, 1964), pero ha sido completada por Porter-Lawler (Porter y Lawler, 1968). Esta teoría sostiene que los individuos como seres pensantes, tienen creencias y abrigan esperanzas y expectativas respecto a los sucesos futuros de sus vidas. La conducta es resultado de elecciones entre alternativas y estas elecciones están basadas en creencias y actitudes. El objetivo de estas elecciones es maximizar las recompensas y minimizar el “dolor” (Pinder, 1985). Las personas altamente motivadas son aquellas que perciben ciertas metas e incentivos como valiosos para ellos y, a la vez, perciben subjetivamente que la probabilidad de alcanzarlos es alta. Por lo que, para analizar la motivación, se requiere conocer que buscan en la organización y como creen poder obtenerlo (Laredo).

¹⁶ Frederick Herzberg. La teoría de la motivación-higiene. Work of the Nature of Man, Cleveland: The World of Publishing Company. 1954, pp. 71-91. Disponible en: http://www.untrefvirtual.edu.ar/documentos_extras/1075_Fundamentos_de_estrategia_organizacional/10_Teoria_de_la_organizacion.pdf

Incentivo	Definición	Consecuencias
Las normas	Normas que regulan la conducta de los miembros de la organización	Contribuyen a que se cumpla estrictamente con la tarea.
Incentivos Generales	Sueldos y Salarios	Son aliciente para la incorporación y permanencia
Incentivos individuales y de grupo		Fomentar el esfuerzo por encima del mínimo.
Liderazgo	“Iniciación a la estructura” (orientar definir y organizar el trabajo). “Consideración” (Apreciar el trabajo, relaciones personales, etc.)	Puede influir en la permanencia en la organización
Aceptación del grupo	Se deben tener en cuenta: La cohesión. Coincidencia con las normas del grupo. Valoración del grupo	Influye en el cumplimiento estricto, en el esfuerzo por encima del mínimo
Implicación en la tarea e identificación con los objetivos	Implicación: Identificación con el trabajo. Identificación: Grado en que la persona a interiorizado los objetivos de la organización.	Influye en la permanencia, esfuerzo por encima del mínimo

Adaptado a partir de **Rodríguez Porras, José María**: “El factor humano en la empresa”, Ediciones Deusto, Bilbao 2000.

Hasta aquí se han citado y explicado algunas de las teorías de la motivación, observando una notoria relación entre ellas. A partir de la macro clasificación de la motivación partiendo de una motivación extrínseca e intrínseca según Olivero, si bien todas se basan en las necesidades de Maslow, al realizar un estudio en un área laboral se debe considerar aquellas que se centran en el mismo. Herzberg es una de ellas clasificando a la motivación como factores motivadores (intrínsecos) que coinciden con los niveles más altos de la jerarquía de Maslow, y los higiénicos (extrínsecos que coinciden con los niveles más bajos).

Según la teoría de las expectativas de Vroom (Vroom, 1964) la motivación depende de ciertos incentivos, los mismos serán representados posteriormente en el cuadro de esquema de variables.

Para el desarrollo de este trabajo se hará hincapié en la motivación del personal de enfermería para la incorporación del cuidado seguro y centrado en la familia, porque su rol impacta directamente en el cuidado humanizado.

En el próximo capítulo se clasificarán los datos obtenidos del marco teórico para realizar la categorización de las variables.

Capítulo III

Diseño metodológico

Para el desarrollo de este trabajo, nos hemos apoyado en la investigación cuantitativa. Según el análisis y el alcance de los resultados de la investigación, el mismo corresponde a un estudio descriptivo, ya que se pretende conocer el nivel de motivación del personal de enfermería para la implementación de cuidados centrados en la familia. Es un estudio prospectivo, según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, los cuales fueron obtenidos durante el mes de julio del año 2015.

Población y muestra

La población a estudiar son 80 enfermeros del servicio de neonatología de un Hospital Materno infantil de la ciudad de Mar del Plata. La muestra es de 63 del total de los enfermeros de dicha institución en todos los turnos ya que se han considerado ausencias y licencia de los mismos. La muestra resulta significativa para el análisis ya que se ha encuestado al total de los enfermeros que se encuentra trabajando actualmente en dicha institución.

Instrumentos y técnica para utilizar la recolección d datos

El instrumento para la recolección de datos es una encuesta cerrada anónima, se aplica a la totalidad de la población, es decir a los enfermeros trabajando en el servicio de Neonatología de un Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata. La entrega del instrumento se realizó de manera personal, en los cuatro turnos en los que se divide el servicio, una vez completada las encuestas se depositaron en un buzón con el fin de preservar el anonimato de los encuestados y para su posterior recolección. El instrumento, consta de dos partes, la primera con datos personales y académicos, de opción única, y la segunda comprendida por una encuesta de tipo cerrada con las opciones “SI”; “NO, estableciendo preguntas que surgen a partir de los indicadores antes nombrados. La sumatoria de todas las respuestas positivas será de 100 puntos, distribuyendo equitativamente los factores intrínsecos y extrínsecos, ya que considerando el marco teórico ambas influyen en la motivación de igual manera. A partir de la siguiente escala identificaremos un valor que indicara el nivel de motivación.

Niveles de motivación	Puntaje
Muy bajo	0-20
Bajo:	20-40
Medio	40-70
Alto	70-80
Muy alto	80-100

Variable:

Motivación.

A partir del marco teórico utilizado la palabra motivación viene del latín *motus* que significa movimiento, lo que mueve. De ello puede afirmarse que la motivación es una razón que mueve para realizar algo. De acuerdo a la de definición de Olivero se clasifica en motivación intrínseca y extrínseca.

Dimensiones de la variable:

Motivación intrínseca: Cuando el sujeto persiste en una conducta sin un estímulo exterior que lo justifique. Existe ausencia de una contingencia externa aparente. La motivación se centra en la tarea misma personal y profesional.

- **Personal:** El sujeto persiste en una conducta sin un estímulo exterior, la misma resulta importante para el hacerlo. (Herzberg F. Teoría de la Motivación- Higiene, 2004).
 - **Responsabilidad:** A partir de la Teoría de Herzberg la responsabilidad corresponde a uno de los factores motivadores. Es el logro de nuevas tareas y labores y que amplíen el puesto y brinden mayor control del mismo.
 - **Sentimiento de autorrealización:** De acuerdo a la teoría de las necesidades de Maslow, la necesidad del autorrealización es el ideal al que todo ser humano desea llegar. Persigue como objetivo desarrollar hasta que culmine todo el potencial y talento que se tenga disponible y progresar en la vida al máximo.
- **Profesional:** El sujeto persiste en una conducta sin estímulo exterior, que surge desla formación a partir del conocimiento y progreso.
La motivación intrínseca profesional coincide con los factores motivadores de la Teoría de Herzberg.

- **Tareas estimulantes.** Posibilidad de manifestar la propia personalidad y de desarrollarse plenamente
 - **Capacitación constante:** es la adquisición constante de conocimientos técnicos, teóricos y prácticos que van a contribuir al desarrollo del individuo en el desempeño de una actividad.
 - **Posibilidad de crecimiento:** Haciendo referencia al status, posibilidad de obtención de títulos y puestos.
 - **Desarrollo de habilidades:** La capacidad para poder aplicar el conocimiento en un contexto determinado.
 - **Autoconocimiento de la labor:** La confirmación de que se ha realizado un trabajo importante.
 - **Logro o cumplimiento:** La oportunidad de realizar tareas interesantes., Respondiendo eficazmente a los objetivos del trabajo. Compromiso laboral e informes de avances y retrocesos.
 - **Seguridad:** los privilegios de antigüedad, procedimientos sobre quejas, reglas de trabajo justas, políticas y procedimientos de organización. Se encuentra en la base de la pirámide de las necesidades de Maslow, quien lo define como sentirse seguro y protegido frente a situaciones de peligro tanto físico como psicológico.

Motivación extrínseca: Son las características de los estímulos externos lo que determina la dirección de nuestra conducta.

- **Institucional:** Son los estímulos externos de una institución que determinan y condicionan la dirección de la conducta de los profesionales que se desempeñan en la misma. Relacionaremos los mismos con los factores higiénicos de la Teoría de Herzberg, según este su satisfacción elimina la insatisfacción, pero no garantiza una motivación que se traduzca en esfuerzo y energía hacia el logro de resultados. Pero si no se encuentran satisfechos provocan insatisfacción. Estos incluyen:
 - **Factores económicos:** sueldos, retribución monetaria por el trabajo realizado. Contribuye a la satisfacción de la base de las necesidades de Maslow, seguridad de recursos, de propiedad privada, de alimentación, vestimenta, entre otros.

- **Condiciones físicas de trabajo:** iluminación, y temperatura adecuadas, entorno físico seguro.
- **Normas:** Regulan la conducta de los miembros de una organización y contribuyen a que se cumpla estrictamente con la tarea.
- **Relaciones interpersonales:** Son los estímulos externos que surgen desde las relaciones entre profesionales de una institución que condicionan la conducta del sujeto.

En la Teoría de las expectativas de Vroom (Vroom, 1964) se explican incentivos individuales y de grupo como factores motivacionales:

- **Liderazgo:** Iniciación a la estructura” (orientar definir y organizar el trabajo).
“Consideración” (Apreciar el trabajo, relaciones personales, etc.)
- **Trabajo en equipo:** Se deben tener en cuenta: la cohesión. (coincidencia con las normas del grupo)
- **Respeto:** Para Maslow corresponde a las necesidades de estima o reconocimiento entre las cuales se encuentra el respeto hacia uno mismo y hacia los demás
- **Reconocimiento de los compañeros:** Según Maslow es la necesidad de todo ser humano de sentirse valorado por los otros y lograr la aceptación del grupo.
- **Implicación en la tarea e identificación con los objetivos**

Implicación: Identificación con el trabajo.

Identificación: Grado en que la persona a interiorizado los objetivos de la organización.

Esquema de variables

VARIABLE	DIMENSIONES		INCENTIVOS	INDICADORES	PUNTUACIÓN	
Motivación	Intrínseca (50)	Personales (25)	Individuales	• Responsabilidad	12.5.	
				• Sentimiento de autorrealización	12.5	
		Profesionales (25)	Implicación de la tarea e identifica con los objetivos	• Capacitación constante	3.57	
				• Posibilidad de crecimiento	3.57	
				• Desarrollo de habilidades	3.57	
				• Compromiso	3.57	
				• Reconocimiento de labor	3.57	
	• Informes de avances y retrocesos	3.57				
	• Seguridad	3.57				
	Extrínseca (50)	Institucionales (25)	Incentivos generales	• Salarios	6.25	
				• Condiciones de trabajo	6.25	
				• Espacio físico y Comodidades	6.25	
		Relaciones interpersonales (25)	Normas	Liderazgo	• Normas institucionales	6.25
					• Trabajo en equipo	6.25
			Aceptación del grupo	Aceptación del grupo	• Respeto	6.25
• Reconocimiento de compañeros					6.25	
• Aceptación al cambio	6.25					

Variable	Dimensión	Subdimensión	Indicadores	
Motivación	Intrínseca	Personales	<ul style="list-style-type: none"> Responsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Siente que cumple usted con los objetivos del servicio? ¿Conoce y respeta las normas del servicio de neonatología? ¿Es capaz de mantener una relación empírica con la familia? ¿Considera los derechos de la familia y el paciente en el ejercicio de su profesión? ¿Registra las acciones de enfermería? ¿Realiza un análisis de diagnóstico y tratamiento del paciente?
			<ul style="list-style-type: none"> Sentimiento de autorrealización 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se siente satisfecho profesionalmente? ¿Siente que la formación que usted adquirió es suficiente para desempeñar adecuadamente los cuidados centrados en la familia? ¿Cumple con las expectativas personales en su labor?
		Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación constante 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Participa activamente en jornadas de actualización de Neonatología que incluyan los cuidados centrados en la familia?
			<ul style="list-style-type: none"> Posibilidad de crecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Siente que en el establecimiento en donde trabaja tiene posibilidad de crecimiento?
			<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Puede desarrollar las habilidades adquiridas durante su formación relacionada al cuidado centrado en la familia en su trabajo?
			<ul style="list-style-type: none"> Compromiso 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se encuentra comprometido para incorporar los cuidados centrados en la familia?
			<ul style="list-style-type: none"> Reconocimiento de labor 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Conoce usted los beneficios del cuidado centrado en la familia?
			<ul style="list-style-type: none"> Informes de avances y retrocesos 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Existe en su lugar de trabajo informes relacionados al cuidado centrado en la familia?
		Institucionales	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Ha asistido a congresos o jornadas de enfermería neonatal en el último año? ¿Tiene usted la posibilidad de establecer una comunicación fluida con la familia del neonato?
			<ul style="list-style-type: none"> Salarios 	<ul style="list-style-type: none"> ¿La remuneración que usted recibe como enfermero neonatal es suficiente para satisfacer sus necesidades?
			<ul style="list-style-type: none"> Condiciones de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> ¿El ambiente físico de trabajo influye positivamente en la incorporación de cuidados centrados en la familia?
			<ul style="list-style-type: none"> Normas institucionales 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Existen normas institucionales que influyan en el cuidado centrado en la familia?

	Extrínseca		<ul style="list-style-type: none"> • Espacio físico y Comodidades 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En el servicio de neonatología donde trabaja cuenta con es espacio físico y comodidades para incorporación del cuidado centrado en la familia
		Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Siente usted que sus compañeros de trabajo comparten los objetivos relacionados al cuidado centrado en la familia? • ¿Cree que se establece una comunicación fluida en el grupo interdisciplinario?
			<ul style="list-style-type: none"> • Respeto 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que el respeto es un principio básico dentro de su equipo de trabajo?
			<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimientos compañeros 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe algún referente dentro de su servicio destinado al cuidado centrado en la familia? • ¿Se siente reconocido por su jefe?
			<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación al cambio 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El equipo de trabajo se encuentra dispuesto a realizar cambios en los cuidados para incorporar a la familia con los mismos?

Capítulo IV

Presentación y análisis de datos

Descripción de la población en estudio

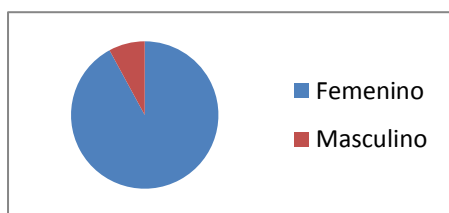
La población estudiada estuvo constituida por 63 enfermeros del Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, en su primer parte la encuesta está constituida por preguntas personales que incluyen edad, sexo, formación académica y experiencia profesional

Tabla 1: Distribución de la población según sexo.

Sexo	Nº	%
Femenino	58	92,1
Masculino	5	7,9
Total	63	100,0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Gráfico 1: Distribución de la población según sexo.



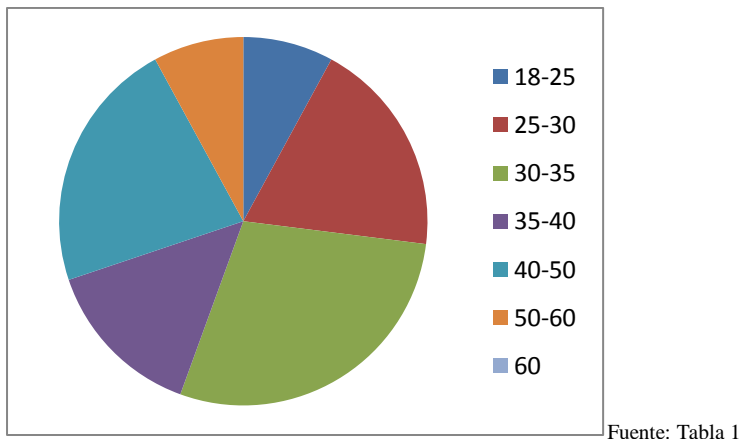
Interpretación: Se puede observar un porcentaje muy bajo de enfermeros de sexo masculino, reflejo de una tendencia de la profesión de enfermería.

Tabla 2: Distribución de la población según edad.

Edad	Nº	%
18-25	5	7,9
25-30	12	19,0
30-35	18	28,6
35-40	9	14,3
40-50	14	22,2
50-60	5	7,9
60	0	-
Total	63	100,0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Gráfico 2 : Distribución de la población según edad



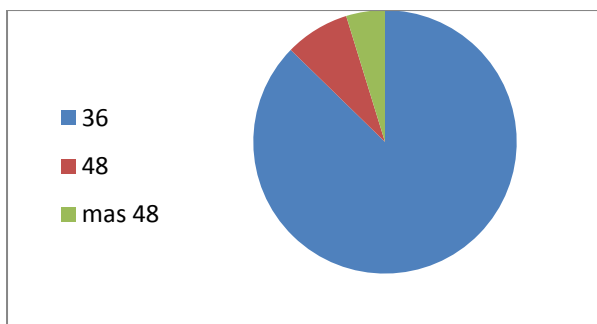
Interpretación: Nos encontramos frente a una población de diversas edades, por un lado un importante grupo de enfermeros mayor de 40 años, que a su vez poseen antigüedad.

Tabla 3: Distribución de la población según horas trabajadas.

Horas	Nº	%
36	55	87,3
48	5	7,9
+48	3	4,8
Total	63	100,0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Gráfico 3: Distribución de la población según horas trabajadas.



Fuente: Tabla N°3

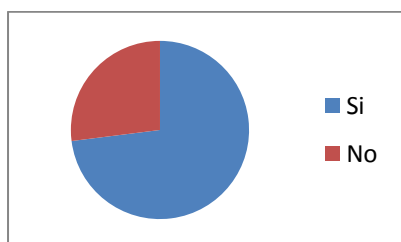
Interpretación: El Hospital Materno Infantil posee una jornada laboral de 6 hs, y 36 horas semanales.

Tabla 4: Distribución de la población según si tienen hijos.

Hijos	N	%
Si	46	73,0
No	17	27,0
Total	63	100,0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Gráfico 4: Distribución de la población según si tienen hijos



Fuente: Tabla N°4

Interpretación: Nos encontramos con una población que en su mayoría tienen hijos.

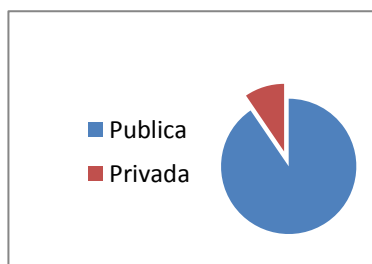
Aspectos relacionados a la formación académica y profesionales

Tabla 5: Distribución de la población según tipo de institución donde realizó sus estudios académicos

Institución	Nº	%
Publica	57	90,48
Privada	6	9,52
Total	63	100,00

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Gráfico 5: Distribución de la población según tipo de institución donde realizó sus estudios académicos



Fuente: Tabla N° 5

Interpretación: Podemos observar a partir de la encuesta realizada que un alto porcentaje 90% de los entrevistados han realizado sus estudios en una institución pública.

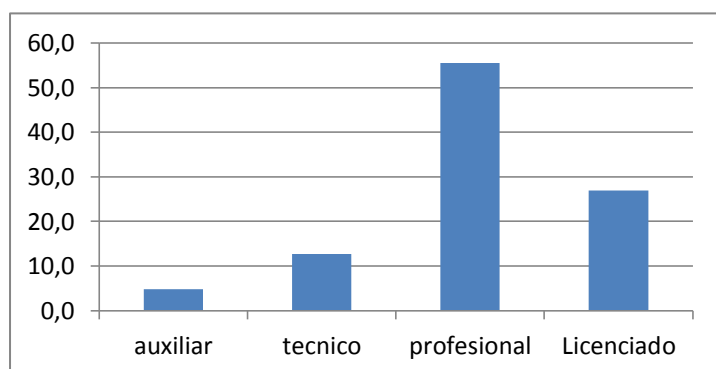
Tabla 6: Distribución de la población según grado académico obtenido

Grado académico	N	%
Auxiliar	3	4,8
Técnico	8	12,7
Profesional	35	55,6
Licenciado	17	27,0
Total	63	100,0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Interpretación: Se observa un bajo número de auxiliares y un número elevado de licenciados que representa un 27% del total de encuestados.

Gráfico 6: Distribución de la población según grado académico obtenido



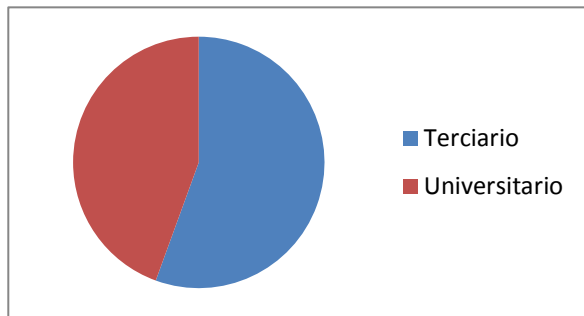
Fuente: Tabla N°5

Tabla 7: Distribución de la población según tipo de formación académica

Formación	N	%
Terciario	35	55,6
Universitario	28	44,4
Total	63	100,0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015.

Gráfico 7: Distribución de la población según tipo de formación académica



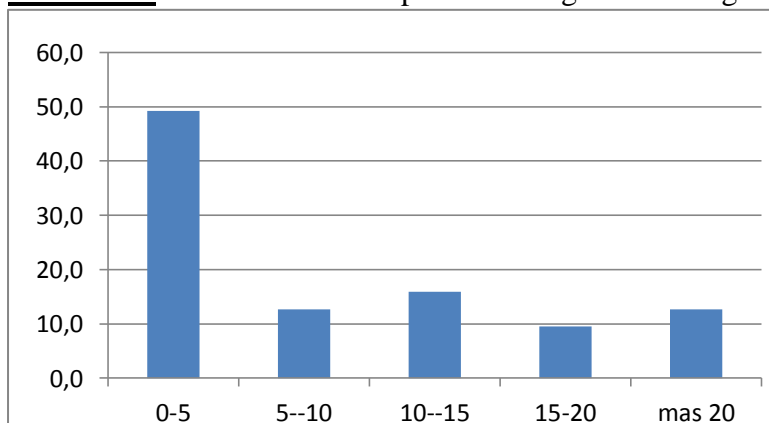
Fuente: Tabla N°7.

Tabla 8: Distribución de la población según años de graduado

Años graduado	N	%
0-5	31	49,2
5-10	8	12,7
10-15	10	15,9
15-20	6	9,5
mas 20	8	12,7
Total	63	100,0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Gráfico 8: Distribución de la población según años de graduado



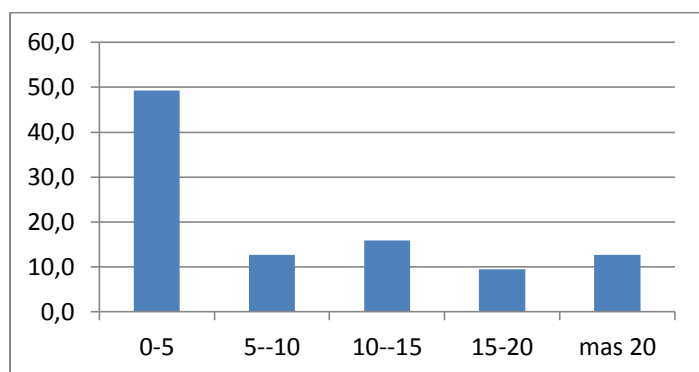
Fuente: Tabla N°7.

Tabla 9: Distribución de la población según años antigüedad en neonatología

Años de antigüedad	N	%
0-5	32	50,8
5--10	16	25,4
10--15	6	9,5
15--20	3	4,8
mayor 20	6	9,5
Total	63	100,0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Gráfico 9: Distribución de la población según años antigüedad en neonatología.



Fuente: Tabla N° 9

Interpretación: De acuerdo a los datos obtenidos nos encontramos frente a una población que en su mayoría posee menos de 5 años de experiencia en el servicio de neonatología y a la vez es mayor la formación académica con título terciario.

Análisis de datos relacionados al nivel de motivación

La segunda parte de la encuesta está constituida por 28 preguntas con respuesta dicotómica (SI-NO) relacionadas a la motivación intrínseca y extrínseca sin un orden. Cada respuesta positiva sumara un valor establecido previamente, la suma de todos los puntajes parciales representara el nivel de motivación de acuerdo a la escala antes nombrada.

Motivación Intrínseca

1- Aspectos personales relacionados a la responsabilidad

La encuesta realizada contiene una serie de preguntas que representan los aspectos personales relacionados a la responsabilidad del personal de enfermería.

a- **Pregunta 12:** Siente usted que cumple con los objetivos del servicio?

Tabla 10:

Respuesta 12	N	%
Si	38	60.3
No	25	39.7
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

b- **Pregunta 24:** Pregunta Conoce y respeta las normas del servicio de neonatología?

Tabla 11:

Respuesta 24	N	%
Si	35	55.6
No	28	44.4
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

c- **Pregunta 26:** Es capaz de mantener una relación empírica con la familia del neonato?

Tabla 12:

Respuesta 26	N	%
Si	41	65.1
No	22	34.9
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

d- Pregunta 21: Considera los derechos de la familia y el paciente en el ejercicio de su profesión?

Tabla 13:

Respuesta 26	N	%
Si	38	60.3
No	25	39.7
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

e- Pregunta 25:Registra las acciones de enfermería

Tabla 14:

Respuesta 25	N	%
Si	48	76.2
No	15	23.8
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

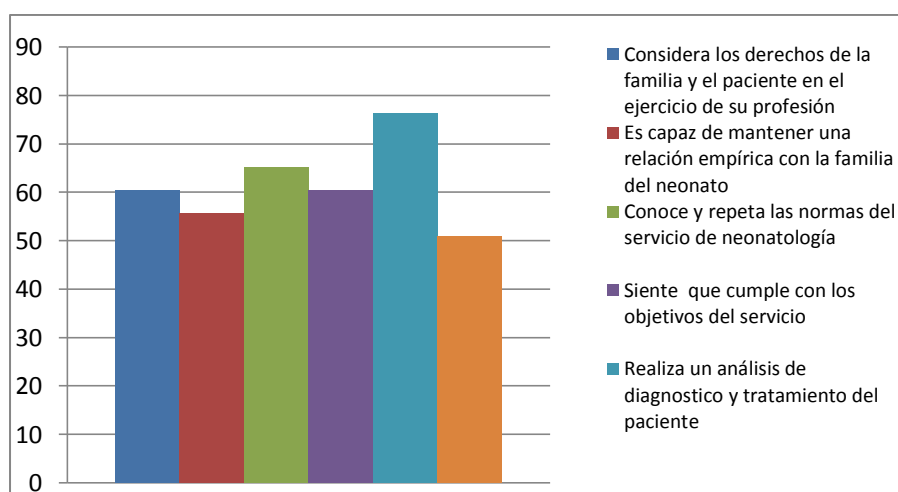
f- Pregunta 20: Realiza un análisis de diagnóstico y tratamiento del paciente

Tabla 15:

Respuesta 20	N	%
Si	32	50.8
No	31	49.2
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Gráfico 10: Responsabilidad



Fuente: tablas N°10,11, 12, 13, 14, 15.

Podemos observar que los aspectos relacionados a la responsabilidad el puntaje obtenido es de 7.7 sobre un total de 12.5 puntos, lo que representa un 61,6% de respuestas positivas.

Tabla 16:

Responsabilidad				
Respuesta positiva	N	Puntaje	Total	Promedio
Pregunta 20	32	2,08	66,6	1,06
Respuesta 25	48	2,08	99,8	1,58
Respuesta 20	38	2,08	79,0	1,25
Respuesta 26	41	2,08	85,3	1,35
Respuesta 24	35	2,08	72,8	1,16
Respuesta 12	38	2,08	79,0	1,25
Total		12.5		7.7

Fuente: Tablas N°10,11, 12, 13, 14, 15

2. Aspectos relacionados al sentimiento de autorrealización

a- Pregunta 27: Se siente satisfecho profesionalmente?

Tabla 17

Respuesta 27	N	%
Si	39	61.9
No	24	38.1
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

b- Pregunta 5: Siente que la formación que adquirió es suficiente para desempeñar adecuadamente los cuidados centrados en la familia?

Tabla 18

Respuesta 5	N	%
Si	34	54.0
No	29	46.0
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

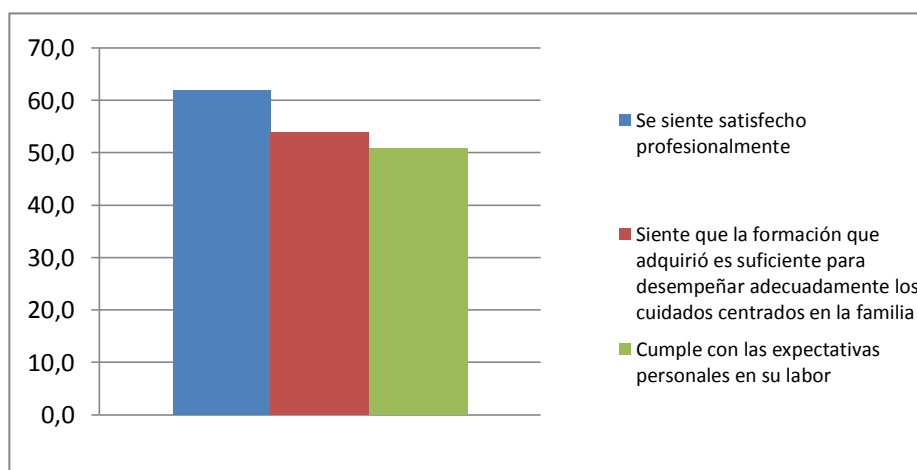
c- Pregunta 19: Cumple con las expectativas personales en su labor?

Tabla 19

Respuesta 19	N	%
Si	32	50.8
No	31	49.2
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Gráfico 11: Sentimiento de autorrealización



Fuente: Tablas N° 16,17,18

Tabla 20:

Sentimiento de autorrealización				
Respuesta positiva	N	Puntaje	Total	Promedio
Respuesta 19	32	4,16	133,12	2,11
Respuesta 5	34	4,16	141,44	2,25
Respuesta 27	39	4,16	162,24	2,58
Total				6,93

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Interpretación: Podemos observar que con respecto a las respuestas positivas que representan el sentimiento de autorrealización obtenemos un promedio total de 4.16 puntos sobre un total de 12.5, lo que implica un 55.4 % de respuestas positivas, sobre el total de los 63 enfermeros encuestados.

Tabla 21:

Personales	
Respuestas positivas	Puntaje total
Responsabilidad	7.7
Sentimiento de autorrealización	6.9
Total	14.6

Fuente: Castañeras P. Martinez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

2-Profesionales

a- Capacitación constante

Pregunta 1: Participa activamente e las jornadas de actualización de neonatología que incluyen cuidados centrados en la familia?

Tabla 22

Respuesta 1	N	%
Si	31	49.2
No	32	50.8
Total	63	100.0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

b- Aspectos personales relacionados a la posibilidad de crecimiento

Pregunta 15: Siente que el establecimiento donde trabaja tiene posibilidad de crecimiento?

Tabla 23:

Respuesta 15	N	%
Si	52	82.5
No	11	17.5
Total	63	100.0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

c- Desarrollo de habilidades

Pregunta 18: Puede desarrollar las habilidades adquiridas durante su formación relacionada al cuidado centrado en la familia?

Tabla 24

Respuesta 18	N	%
Si	34	54.0
No	29	46.0
Total	63	100.0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 201

d- Compromiso

Pregunta 10: Se encuentra comprometido para incorporar cuidados centrados en la familia?

Tabla 25:

Respuesta 10	N	%
Si	51	81.0
No	12	19.0
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

e- Reconocimiento de labor

Pregunta 6: Conoce los beneficios del cuidado centrado en la familia?

Tabla 26:

Respuesta 6	N	%
Si	57	90.5
No	6	9.5
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

f- Informes de avances y retrocesos

Pregunta 2: Existe en su lugar de trabajo informes relacionados al cuidado centrado en la familia?

Tabla 27:

Respuesta 2	N	%
Si	19	30.2
No	44	69.8
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

g- Seguridad

Pregunta 3: Ha asistido a congresos o jornadas de enfermería neonatal en el último año?

Tabla 28:

Respuesta 3	N	%
Si	25	39.7
No	38	60.3
Total	63	100.0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Pregunta 22: Tiene la posibilidad de establecer una comunicación fluida con la familia?

Tabla 29:

Respuesta 22	N	%
Si	45	71.4
No	18	28.6
Total	63	100.0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Tabla 30: Seguridad

Seguridad				
Respuesta positiva	N	Puntaje	Total	Promedio
Pregunta 22	45	1,78	80,1	1,27
Pregunta 3	25	1,78	44,5	0,71
Total				1,98

Fuente: Tabla N° 27, 28

Tabla 31: Factores profesionales.

Profesionales				
Respuestas positivas	N	Puntaje	Total	Promedio
Capacitación constante	31	3,57	110,67	1,76
Posibilidad de crecimiento	52	3,57	185,64	2,95
Desarrollo de habilidades	34	3,57	121,38	1,93
Compromiso	51	3,57	182,07	2,89
Reconocimiento de labor	57	3,57	203,49	3,23
Informes de avances y retrocesos	19	3,57	67,83	1,08
Seguridad	35	3,57	124,95	1,98
Total				15,81

Fuente: Tablas N° 21,22,23,24,25,26,29.

Con respecto a los factores profesionales de la motivación intrínseca podemos observar que obtuvo por medio de los 63 enfermeros encuestados un total de 15.81 puntos sobre un total de 25 lo que representa un 63.2% de respuestas positivas para factores profesionales, lo que representa una población que se encuentra medianamente comprometida con su profesión.

Tabla 32: Motivación intrínseca

Motivación intrínseca	Puntaje
Personales	14,6
Profesionales	15,84
Total	30,44

Podemos observar que a partir de los datos obtenidos en la encuestas a 63 enfermeros, las preguntas que hacen referencia a la motivación intrínseca obtuvo un total de 30.44 sobre un total de 50 puntos, lo que representa un 60.8%, este valor hace referencia a un nivel de motivación intrínseca medio.

Aspectos relacionados a la motivación extrínseca

1- Institucionales

a- Salarios

Pregunta 13: La remuneración que usted recibe como enfermero neonatal es suficiente para satisfacer sus necesidades

Tabla 33:

Respuesta 13	N	%
Si	9	14.3
No	54	85.7
Total	63	100.0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

h- Condiciones de trabajo.

Pregunta 4: el ambiente físico de trabajo influye positivamente en la incorporación de cuidados centrados en la familia?

Tabla 34:

Respuesta 4	N	%
Si	28	44.4
No	35	55.6
Total	63	100.0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

i- Normas institucionales

Pregunta 17: Existen normas institucionales que influyan en el cuidado centrado en la familia

Tabla 35

Respuesta 17	N	%
Si	45	71.4
No	18	28.6
Total	63	100.0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

j- Espacio físico y comodidades

Pregunta 11: En el servicio de neonatología donde trabaja cuenta con espacio físico y comodidades para la incorporación del cuidado centrado en la familia?

Tabla 36:

Respuesta 11	N	%
Si	6	9.5
No	57	90.5
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P, Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Tabla 37:

Factores institucionales	Total	Puntaje	Total	Promedio
Salarios	9	6,25	56,25	0,9
Condiciones de trabajo	28	6,25	175	2,8
Normas institucionales	45	6,25	281,25	4,5
Espacio físico y comodidades	6	6,25	37,5	0,6
Total				8,7

Fuente: Tablas N° 33,34,35,36.

Interpretación:

Podemos observar de acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta relacionados a los factores institucionales un puntaje total de 8.7 puntos sobre un total de 25. Esto representa un 34.8% de respuestas positivas relacionados a factores institucionales.

En su mayoría los enfermeros no están conformes con su salario y las condiciones de trabajo.

2- Relaciones interpersonales

a- Trabajo en equipo

Pregunta 16: Siente que sus compañeros de trabajo comparten los objetivos relacionados al cuidado centrado en la familia?

Tabla 38:

Respuesta 16	N	%
Si	20	31.7
No	43	68.3
Total	63	100.0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Pregunta 27: Cree que se establece una comunicación fluida en el grupo interdisciplinario?

Tabla 39:

	N	%
Si	25	39.7
No	38	60.3
Total	63	100.0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Tabla 40:

Trabajo en equipo	Nº	Puntaje	Total	Promedio
Respuesta 16	20	3,13	62,5	1,0
Respuesta 27	25	3,13	78,1	1,2
Total				2,2

Fuente: Tablas 38, 39

b- Respeto

Pregunta 8: Cree que el respeto es el principio básico dentro de su equipo de trabajo?

Tabla 41:

Respuesta 8	N	%
Si	50	79.4
No	13	20.6
Total	63	100.0

Fuente: Castañeras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

c- Reconocimiento de los compañeros

Pregunta 9: Existe algún referente dentro de su servicio destinado al cuidado centrado en la familia?

Tabla 42:

Respuesta 9	N	%
Si	28	44.4
No	35	55.6
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Pregunta 23: Se siente reconocido por sus jefes?

Tabla 43

Respuesta 23	N	%
Si	19	30.2
No	44	69.8
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martinez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015.

Tabla 44:

Reconocimiento de los compañeros			
Respuestas positivas		Puntaje	Promedio
Respuesta 9	28	3,12	1,4
Respuesta 23	19	3,12	0,9
Total			2,3

Fuente: Tablas N °42, 43.

d- Aceptación al cambio

Pregunta 7: El equipo de trabajo se encuentra dispuesto a realizar cambios en los cuidados para incorporar a la familia en los mismos?

Tabla 45:

Respuesta 7	N	%
Si	24	38.1
No	39	61.9
Total	63	100.0

Fuente: Castañeiras P. Martínez M, Moreira A . Encuesta de motivación realizada en el Htal Materno Infantil. Mar del Plata. Junio-Julio 2015

Tabla 46: Relaciones interpersonales

Relaciones interpersonales	Puntaje
Trabajo en equipo	2,2
Respeto	5,0
Reconocimiento de los compañeros	2,3
Aceptación al cambio	2,4
Total	11,8

Fuente: Tablas N° 40,41,44,45.

Con respecto a las preguntas de las encuestas orientadas a los actores relacionados con las relaciones interpersonales se obtuvo un total de 11.8 puntos sobre un puntaje total de 25 puntos, lo que representa 47.2% de respuestas positivas.

Tabla 47: Motivación Extrínseca

Motivación extrínseca	Puntaje
Institucionales	8,7
Relaciones interpersonales	11,8
Total	20,5

Analizando la motivación extrínseca que contiene factores institucionales y de relaciones interpersonales podemos observar que se obtuvo un total de 20.5 sobre un total de 50 puntos lo que representa 41% de respuestas positivas esto hace referencia según la escala a un nivel de motivación extrínseca medio, con tendencia a bajo.

Motivación	<i>Puntaje</i>
Intrínseca	30.4
Extrínseca	20.5
Total	50.9

El puntaje total obtenido es de 50.9, lo que representa un nivel de motivación medio. Existe una marcada diferencia entre el nivel de motivación intrínseca y extrínseca a partir factores institucionales que no favorecen la motivación para incorporar centrados en la familia.

Conclusiones

La realidad que se refleja a lo largo de esta investigación es que la motivación es un concepto difícil de definir con rigor. La revisión bibliográfica al respecto evidencia la complejidad que implica este concepto, dado que los argumentos son analizados desde múltiples perspectivas, abarcando factores sociales, culturales, biológicos, y psicológicos, considerando a la motivación como un proceso directamente vinculado a la conducta humana. Desde esta perspectiva se debe buscar una manera de abordaje que tome en cuenta todos sus aspectos, desde una mirada holística e integral. Para este trabajo, no se ha encontrado otra manera que a través de la investigación cuantitativa que extrae el fenómeno de la motivación visto desde sus aspectos intrínsecos y extrínsecos inmerso en un contexto institucional, que como se ha observado influyen positivamente u obstaculizan la motivación para incorporar cuidados centrados en la familia.

A partir del análisis de los datos obtenidos en la encuesta realizada y de acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación, el 50,9% del personal de enfermería se encuentra motivado para la implementación de cuidados centrados en la familia, representando un nivel medio de motivación. Con respecto a la dimensión intrínseca de la misma, se obtuvo 60,9% de respuestas positivas, que muestran un nivel de motivación medio, entre los factores personales (29.2%) y profesionales (31.7%) no se han mostrado diferencias significativas. Analizando la motivación extrínseca cuyo valor fue de 41% de respuestas positivas representa un nivel de motivación medio con tendencia a bajo. En donde los factores que incluyen las relaciones interpersonales mostraron un porcentaje superior (23.6%) respecto a los factores institucionales (17.4%). Este dato resulta relevante ya que el servicio de neonatología en donde se ha realizado la investigación ha sido restaurado y remodelado en los últimos años, con el fin de incorporar el programa maternidades seguras y centradas en la familia. A partir de ello resulta significativo destacar que un gran porcentaje de los profesionales encuestados han coincidido en la falta del espacio físico para incorporar cuidados seguros centrados en la familia, reflejado en la dimensión extrínseca de la motivación.

Los profesionales enfermeros del servicio de neonatología como personas individuales están atravesados por diversos factores socio-culturales, religiosos, institucionales y personales, por lo que cada uno de los encuestados ha mostrado sus propias necesidades y motivaciones para el desarrollo de su labor y la implementación del cuidado centrado en la familia.

Este trabajo es solo es un fragmento de la realidad, la motivación constituye un aspecto fundamental para el desarrollo de una actividad específica, la misma se encuentra en movimiento constante. Dado que desde una mirada en base a la necesidades de Maslow una vez cubierta una necesidad siempre surge otra. Por lo tanto este trabajo de investigación no se puede concluir sino que es solo un inicio para futuras investigaciones, sugiriendo abarcar la problemática desde una mirada sociológica, con el fin de mejorar la calidad de atención de los servicios de Neonatología en relación a los cuidados seguros centrados en la familia.

Anexo 1

Encuesta dirigida a los Enfermeros trabajando en el servicio de Neonatología del Htal Materno infantil de la ciudad de Mar del Plata.

Sexo: F M **Edad entre:** 18-25 años

25-30 años

30-35 años

35-40 años

40-50 años

50-60 años

Mayor a 60 años

Tiene hijos? Si No

En que turno trabaja: matutino vespertino nocturno

Cuántas horas semanales trabaja: 36 horas 48 horas más de 48 horas

Trabaja en otra institución: Si publica privada
No

Grado académico: Auxiliar Técnico
Profesional Terciario
Licenciado

¿Donde estudio?

Años de graduado: (0-5) (5-10) (10-15) (15-20) (+ 20)

Antigüedad en el servicio de Neonatología:

(0-5) (5-10) (10-15) (15-20) (+ 20)

Marque con una cruz su elección	SI	NO
1. ¿Participa activamente en jornadas de actualización de Neonatología que incluyan los cuidados centrados en la familia?		
2. ¿Existe en su lugar de trabajo informes relacionados al cuidado centrado en la familia? labor?		
3. ¿Ha asistido a congresos o jornadas de enfermería neonatal en el último año?		
4. ¿El ambiente físico de trabajo influye positivamente en la incorporación de cuidados centrados en la familia?		
5. ¿Siente que la formación que usted adquirió es suficiente para desempeñar adecuadamente los cuidados centrados en la familia?		
6. ¿Conoce usted los beneficios del cuidado centrado en la familia?		
7. ¿El equipo de trabajo se encuentra dispuesto a realizar cambios en los cuidados para incorporar a la familia con los mismos		
8. ¿Cree que el respeto es un principio básico dentro de su equipo de trabajo?		
9. Existe algún referente dentro de su servicio destinado al cuidado centrado en la familia?		
10. ¿Se encuentra comprometido para incorporar los cuidados centrados en la familia?		
11. ¿En el servicio de neonatología donde trabaja cuenta con espacio físico y comodidades para incorporación del cuidado centrado en la familia		
12. ¿Siente que cumple usted con los objetivos del servicio?		
13. ¿Ha tenido alguna vez un hijo internado en el servicio de Neonatología?		
14. ¿Siente que en el establecimiento en donde trabaja tiene posibilidad de crecimiento?		
15. ¿Siente usted que sus compañeros de trabajo comparten los objetivos relacionados al cuidado centrado en la familia?		
16. ¿Existen normas institucionales que influyan en el cuidado centrado en la familia?		
17. ¿Usted se siente reconocido por su/sus jefe o supervisor?		
18. ¿Tiene usted la capacidad de establecer una comunicación fluida con la familia del neonato?		
19. ¿Cumple con las expectativas personales en su labor?		

20. ¿Realiza un análisis de diagnóstico y tratamiento del paciente?		
21. ¿Considera los derechos de la familia y el paciente en el ejercicio de su profesión?		
22. ¿Tiene usted la capacidad de establecer una comunicación fluida con la familia del neonato?		
23. Siente que el desempeño profesional es reconocido por su jefe?		
24. ¿Conoce y respeta las normas del servicio de neonatología?		
25. ¿Registra las acciones de enfermería?		
26. ¿Es capaz de mantener una relación empírica con la familia?		
27. ¿Se siente satisfecho profesionalmente?		
28. ¿Cree que se establece una comunicación fluida en el grupo interdisciplinario?		

ANEXO 2.

Marco legal vigente

Este es un resumen de parte del marco legal vigente que ampara este derecho de los bebés prematuros y sus familias.

Convención sobre los Derechos del Niño, Naciones Unidas, 1989.

- Art. 2: Derecho a la no discriminación.
- Art. 3: Consideración del interés superior. “Los Estados Partes asegurarán las condiciones para que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado y la protección de los niños cumplan las normas establecidas por autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.”
- Art. 5: Reconoce los derechos y obligaciones de los padres para proveer orientación y guía a sus hijos e hijas. Las facultades otorgadas a los padres son conferidas con el objetivo de impartirlas en consonancia con la evolución de las facultades evolutivas de los niños, niñas y adolescentes para ejercer los derechos reconocidos en la Convención.
- Art. 6: Derecho al desarrollo y a la supervivencia.
- Art. 9: Destaca el derecho de los niños y niñas a no ser separados de sus padres a no ser que sea necesario en función de su interés superior.
- Art. 12: Derecho a ser escuchado y a que sus opiniones sean tomadas en cuenta.
- Art. 15: Hace referencia a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.
- Art. 16: Hace referencia a que ningún niño o niña será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada.
- Art. 18: Hace referencia al reconocimiento de las obligaciones comunes que tienen ambos padres en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño o niña.
- Art. 21: Expresa claramente que el interés superior del niño o niña será una consideración primordial.
- Art. 24: Hace referencia al derecho del disfrute del más alto nivel posible de salud.
- Art. 27: Hace referencia a que a los padres u otras personas encargadas del niño o niña les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño o niña.
- Art. 28: Hace referencia al derecho del niño o niña a la educación.
- Art. 31: Hace referencia al derecho al descanso, el esparcimiento, al juego y otras actividades recreativas.

Derechos del Niño Hospitalizado, Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, 1994

- Art. 5: Derecho a permanecer junto a su madre desde el momento del nacimiento.
- Art. 6: Derecho a estar en compañía de alguno de sus padres durante la internación. • Art. 7: Derecho a ser amamantado por su madre sin restricciones.
- Art. 9: Derecho a que sus padres participen activa e informadamente en sus cuidados.
- Art. 10: Derecho a ser considerado sujeto de derechos y ser humano íntegro en todos sus aspectos. • Art. 20: Derecho a disfrutar de todos los derechos contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, incorporada a la Constitución de la Nación desde 1994.

Ley N° 25.929 De Parto Humanizado, septiembre 2004.

- Art. 3: Toda persona recién nacida tiene derecho a:
 - A. ser tratada en forma respetuosa y digna.
 - B. su inequívoca identificación.
 - C. la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.
- Art. 4: El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen derecho a:
 - A. tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
 - B. que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud. como parte de la iniciativa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia de UNICEF.¹⁷

¹⁷ Miguel Larguía. Celia C. Lomuto . M. Aurelia González. Maternidades centradas en la familia. UNICEf, MSN. Buenos Aires. 2006. En: <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/maternidades.pdf>

Bibliografía

- Olivero, L. T. (2006). *Taller sobre Motivación*. sitio Web de Universidad Carlos Albizú: sju.albizu.edu/Corrección/Motivación/motivación%20presentación.ppt
- UNICEF. Ministerio de Salud de la Nación. Maternidad segura y centrada en la familia. Buenos Aires. 2011. Disponible en www.unicef.org
- Marshall Klauss y John Kennell, “Asistencia del recién nacido de alto riesgo”, Cáp. 7, Pág. 165. Ed. Atlántida Año 1995
- Graciela Uriburu. Raúl Merce. El modelo de maternidad centrada en la familia : experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá: estudio de buenas prácticas. Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2008. En http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub63.pdf
- José Luis Martínez, Hernán Villalón U.Clinica Las Condes.REV. MED. CLIN. CONDES - 2008; 19(3) 159 - 164] en: http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED_19_3/02CUIDADOSHU MANOS.pdf
- Larguía, Lomuto, Aurelia González. Maternidades centradas en la familia. UNICEf,MSN. Buenos Aires. 2006. En: <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/maternidades.pdf>
- Helman, Viviana, Martínez Alejandra, Heath Adela. La presencia de la familia en la alta complejidad Neonatal. Ingreso de familiares a una Unidad de cuidados intensivos neonatales. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1996, XV, N° 3
- Pérez A. El niño la familia y el pediatra. Revista del Hospital de Niños R. Gutierrez 1977; 19 : 241-248.
- Florenzano U. Ramón. 1194. Familia y salud de los jóvenes. Ediciones Universidad Católica. Capitulo 5. la familia y la salud. pp. 81 a 85.
- Paula Andrea Ceballos Vásquez. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. **CIENCIA Y ENFERMERÍA** XVI (1): 31-35, 2010.
- El cuidado humanizado. Ciencia y Enfermería . pp: 31, 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf
- Apuntes psicología. Psicología de la motivación. Disponible en: www.psicologiauned.com

- José Rafael Quintero Angarita. Teoría de las necesidades de Maslow. Web disponible en: <http://paradigmaseducativosuft.blogspot.com/>
- Frederick Herzberg. La teoría de la motivación-higiene. 1954, Work of the Nature of Man, Cleveland: The World of Publishing Company, pp. 71-91. Disponible en: http://www.untrefvirtual.edu.ar/documentos_extras/1075_Fundamentos_de_estrategia_organizacional/10_Teoria_de_la_organizacion.pdf
- Mc Clellan . Estudio sobre la motivación humana. 1989 versión web disponible en: <http://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=3fKGr602DTcC&oi=fnd&pg=PA13&dq=motivacion+humana&ots=bZX9lo2cA8&sig=ixVkda8qDflgLf23lOG40902ZY8#v=onepage&q=motivacion%20humana&f=false>
- GMA Bermejo, Motivación: su definición y diagnóstico en una unidad hospitalaria de tercer nivel mediante el uso del cuestionario de Spranger. Rev Hosp Jua Mex 2008; 75(1):28-36. Versión web en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2008/ju081g.pdf>
- Ricardo Varela. Administración de la compensación: sueldos salarios y prestaciones. Pearson Educación. México. 2006. Pp 26-28.
- Morrone Beatriz. Soltando amarras: claves para comprender la historia pendiente. 1ª ed. Mar del Plata: Suarez 2011.
- Ministerio de salud de la Nación. En: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/2008/acta-03-08/anexo-13-03-08.pdf>