



“CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR ENFERMERA(O):
VISIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS
MEDIANA COMPLEJIDAD EN HOSPITAL PÚBLICO”

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORES:

ROCIO ARANDALEIVA

MATIAS CAROCA MENA

DEBORA FIGUEROA ROBLES

JUAN PABLO GONZALEZ QUEIRUGA

JACQUELINE MOLINA LÓPEZ

CONSTANZA LÓPEZ SILVA

PROFESOR GUÍA: CECILIA LANDMAN NAVARRO

VALPARAÍSO, MARZO 2014

INFORME DE APROBACIÓN

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

INFORME DE APROBACIÓN TESIS DE PREGRADO

La _____ comunica al Director(a) de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina, que la tesis de pregrado presentada por los candidatos

Rocío Aranda Leiva
Matías Caroca Mena
Debora Figueroa Robles
Juan Pablo Gonzalez Queiruga
Jacqueline Molina López
Constanza López Silva

Ha sido aprobada el día ____ de _____ del año 2014, como requisito para optar al grado de Licenciado en Enfermería, para que así conste para todos los efectos firman:

Profesora Guía Tesis
Cecilia Landman Navarro

Profesor Informante

AGRADECIMIENTOS

- A nuestra profesora guía EU Magister en educación, mención currículo Sra. Cecilia Landman Navarro por compartir su experiencia y guiarnos en el proceso de la confección del proyecto y su posterior realización.
- Al estadista Alberto Caro Martin por las asesorías brindadas para la confección y el análisis de datos de los resultados.
- A la EU © Magister en enfermería Sra. Johana Vidal por las gestiones y solicitud del campo clínico para la realización de nuestra investigación.
- A la unidad de formación Servicio Salud Viña del Mar-Quillota, por el interés demostrado en el tema de la investigación y la coordinación para su realización.
- Al equipo directivo del hospital Gustavo Fricke por aceptar formar parte de nuestra investigación, en especial a la enfermera de la Oficina de Calidad y Seguridad del paciente Sra. Maybe Riveros por las gestiones de coordinación con los servicios clínicos y el apoyo para el avance en la aplicación del instrumento.
- A todos los pacientes que participaron respondiendo el instrumento y que fueron parte fundamental de la investigación, además de ser el eje principal de la tesis que fue el conocer su percepción del cuidado enfermero.
- A las doctoras en enfermería Jane Watson por darnos sus buenos deseos y apoyo en el uso de su teoría que plasmamos en esta tesis, y a Patricia Larson por asentir el utilizar y modificar su instrumento Care Q. Cabe destacar la generosidad y disposición de estas eminencias en la materia del cuidado, frente al desarrollo de nuevas investigaciones respecto al tema.

- A nuestras familias, que con su cariño, comprensión y apoyo lo cual nos ha permitido realizar esta investigación exitosamente.

- Finalmente a cada uno de los miembros del grupo de seminario de tesis por el compromiso, el esfuerzo para el avance, el progreso del proyecto y la elaboración de esta tesis.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	x
1.1 Antecedentes del estudio	1
1.2 Fundamentación	3
1.3 Delimitación del problema	4
1.4 Limitaciones del estudio	7
1.5 Objetivos	8
CAPÍTULO 2	9
MARCO REFERENCIAL	9
2.1 Marco contextual	9
2.1.1 Antecedentes de otras investigaciones	9
2.2 Marco conceptual (Watson)	17
2.3. Unidad de observación	27
2.4 Hipótesis de trabajo	27
2.5 Definición y operacionalización de las variables	27
2.5.2 Operacionalización de las Variables	28
3.1 Diseño de la investigación	32
3.2 Población de estudio	32
3.3 Selección de universo y muestra	33
3.4 Criterios utilizados para el análisis	34

3.5 Unidad de Análisis	35
3.6 Consideraciones éticas	35
3.7 Métodos de recolección de datos	36
3.8 Plan de Recolección de datos	41
3.9 Criterio de análisis de datos y software a utilizar.	42
4.1 Caracterización de la muestra	43
4.2 Análisis estadístico de los resultados	45
CAPÍTULO 5	58
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	58
5.1 Discusión	58
5.2 Conclusiones	64
5.3 Sugerencias	66
CAPÍTULO 6	67
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	69
Anexo N°1: Tabla percepción de los pacientes de la categoría accesibilidad	69
Anexo N° 2: Tabla de la percepción de los pacientes de la categoría explica y facilita.	70
Anexo N°3: Tabla de la percepción de los pacientes de la categoría conforta.	70
Anexo N°4: Tabla de la percepción de los pacientes de la categoría se anticipa.	71
Anexo N°5: Tabla de la percepción de los pacientes de la categoría mantiene relación de confianza.	72
Anexo N°6: Tabla de la percepción de los pacientes de la categoría monitorea y hace seguimiento.	73
Anexo N°7: Anexo N°20A	73

Anexo N°8: Resolución del Comité de Bioética	87
Anexo N°9: “CARE Q” PACIENTE (INSTRUMENTO TRADUCIDO AL ESPAÑOL)	89
Anexo N°10: Contacto con Jean Watson	92
Anexo N°11: Contacto con Patricia Larson	96
Anexo N°12: Confiabilidad del instrumento Care Q	96
Anexo N°13: Análisis factorial Care Q para validación de constructo	100
ANEXO 14 Minimental Abreviado	116

RESUMEN

La ciencia de la enfermería basa su concepción epistemológica en el cuidar, el cual posee una base humanitaria. En Chile la Reforma en Salud ha brindado orientaciones a todos los profesionales para brindar atención segura y de calidad, correspondiéndole a la (el) enfermera (o) la gestión del cuidado, en este marco su contribución es a brindar un cuidado humanizado, particular, integral y holístico, separándose del modelo tradicional biomédico que tiende a instrumentalizar y tecnologizar la atención.

Jean Watson postula su teoría del cuidado, en la cual basamos ésta investigación con un enfoque fenomenológico. Ésta postula el cuidado con una base científica humanista, donde el cuidar, se da en una relación transpersonal entre el paciente y el profesional enfermero (a) para lograr una estadía digna y humana del paciente, dentro de un marco de amor y entrega.

Este es un estudio descriptivo, transversal; con enfoque cuantitativo, que busca determinar la opinión de los pacientes hospitalizados respecto al cuidado brindado por el profesional enfermera (o), identificando los elementos que componen el nivel de humanización, aplicando el instrumento CARE Q (Caring Assessement Report Evaluation) diseñado por Patricia Larson, que resignifica los indicadores empíricos del cuidado, a través del sistema conceptual de Jane Watson, midiendo el cuidado humanizado entregado por parte del profesional enfermera (o). Este estudio consideró la opinión de 67 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con una hospitalización igual o mayor a tres días, en servicios de mediana complejidad, en un hospital público de la ciudad Viña del Mar, Chile, durante el mes de Noviembre del año 2013. Procesamiento de datos SSPSS 22.0

Se utilizó un cuestionario autoaplicado de 44 preguntas con escala de Lickert 1 a 4, de autoría propia basado en Patricia Larson y Cols.

Para analizar los resultados los investigadores confeccionaron una escala cuantitativa de acuerdo al valor de las medias de las respuestas de los pacientes, asignándole un concepto

significativo: 1 – 2.09 (Cuidado entregado no es humanizado), 2.1 – 3.09 (Cuidado entregado en riesgo de deshumanización) y 3.1 – 4 (Cuidado entregado es humanizado).

Respecto a la población encuestada, el 75,6% son mayores de 50 años; 55,2 % sexo femenino; la mayor parte con una hospitalización entre 3 a 9 días.

Al analizar los resultados obtenidos, se debe señalar que las categorías “Conforta” y “Se anticipa” son aquellas que presentan un mayor resultado de riesgo de cuidado humanizado. Asimismo, las categorías referidas a las relaciones interpersonales tienen un mayor impacto que las que se establecen a través de los cuidados clínicos y físicos a las personas.

El desgaste emocional y físico que produce el arduo trabajo y la posible insensibilización de algunos profesionales de enfermería al enfrentarse a situaciones complejas dificulta una permanente, sistemática e intencionada intervención humanizada de los cuidados a todas las personas hospitalizadas que requieren de nuestros cuidados.

Palabras claves: Humanización de la atención- Atención de Enfermería-Enfermería (DeCS de Bireme)

ABSTRACT

The science of nursing has its essence in caring, which must be with a humanitarian basis. In Chile, The Health Reform has given guidance to all professionals to give safe and quality health attention, giving nurses care management. In this area, its contribution is to deliver a humanized, personal, integral and holistic care, separating itself from the traditional biomedical model, that tends to instrumentalize and to turn care into something more technological.

Jean Watson postulates her care theory, in which we based our research. It says that the transpersonal relationship, phenomenology, and the caring, between nurse and patient to accomplish a dignified and humanized stay for the patient, within the areas of devotion and love.

This is a descriptive, transversal study, qualitatively focused, that searches for the determination of the hospitalized patients opinions about the caring given by the nurses, identifying the elements corresponding to the level of humanization, applying the instrument called CARE Q (Caring Assessment Report Evaluation), designed by Patricia Larson, that resignifies the empirical indicators of the caring, through Jane Watson's conceptual system, measuring the humanized care given by the nurses. This research took the opinion of 67 patients of both genders, over 18 years old, with a 3 or more day hospitalization, in health services of mid complexity, at a public hospital in Viña del Mar, Chile, in the month of November, 2013. Data Processing SSPSS 22.0

A 44 question dictionary was used, with the Lickert scale of 1 to 4, of own authorship, based on Patricia Larson & Co.

To Analyze the results, the researchers built a quantitative scale, according to the value of the average for the answers of the patients, assigning a significative concept: 1 - 2.09 (Care delivered was not humanized), 2.1 - 3.09 (Care delivered in risk if being dehumanized) and 3.1 - 4 (Care delivered was humanized).

Talking about the respondent population, 75.6% of them are citizens of over 50 years of

age; 55.2% are of feminine gender; most of them were hospitalized for 3 to 9 days.

When analyzing the results obtained, it should be said that the "Comforting" and "is expected" categories are those that have a higher "dehumanizing care" risk. Also, the categories referring to the interpersonal relations have a bigger impact than the ones established through the clinical and physical caring of people.

The emotional and physical fatigue produced by hard work and the possible insensibilization of some nurses when dealing with complex situations makes things harder for a permanent, systematic and intentional humanized intervention of the caring of all hospitalized people that require our nurturing.

Key words: Humanization care- Nursing Care -Nursing (DeCS of Bireme)

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes del estudio

En Chile, así como el resto del mundo, el derecho a la salud debe ser resguardado por los organismos competentes y ser abordado de una manera holística e integral, con el fin de entregar la satisfacción de las necesidades básicas y el bienestar de las personas. El cuidado brindado debe tener una base humanitaria hacia la persona, no ser meramente técnico, sino que observando al ser humano en su integralidad físico, mental, psicológica social y espiritual.

Sin embargo, debido a una mayor carga laboral en el trabajo, se cree que la práctica hospitalaria provoca una pérdida de esta base humanística de los cuidados, enfocando el cuidado sólo hacia un enfoque meramente biológico y técnico apartándose de la esencia de enfermería: la mirada holística de todo ser humano. (1)

La coexistencia de dos modelos que aunque complementarios, actúan muchas veces desagregados, como es el biomédico cuyo énfasis está dado en el “curar” y el holístico e integral de la enfermería que pone el foco en el “cuidar” esta situación genera un hiato entre la esfera sicosocial, espiritual y la biológica, Tradicionalmente, el énfasis se ha puesto en que la atención de salud se centre en la resolución de alguna enfermedad, y maneje los síntomas presentados. El cuidado humanizado debe considerar ambas perspectivas como integradoras de la atención en salud de las personas que asisten a los centros asistenciales, es decir hacer una relación permanente del “curar-cuidar”.

A raíz de esta discusión dialógica surge la necesidad de dirigir nuestra mirada al principio fundacional de nuestra profesión: brindar un cuidado humanizado.

El cuidado humanizado de enfermería es primordial en el desarrollo de la profesión, ya que es un aspecto que está inmerso en su esencia, incorporando acciones para mejorar y preservar

la humanidad y ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad y al sufrimiento (2).

El profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos, haciendo de su práctica diaria, un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana, que le reporte crecimiento como persona y profesional, generando un impacto transformador en nuestro sistema de salud, otorgando siempre, un cuidado humanizado, enfocado en los aspectos biológico, social, cultural, psicológico y espiritual del paciente (3).

Diversas investigaciones han abordado este tema, uno de ellas es el realizado en la Universidad de Concepción, por Margarita del Carmen Poblete Troncoso (4), la cual determinó la percepción de autoeficacia para efectuar cuidado humanizado y la influencia del ámbito institucional. Los resultados obtenidos revelaron que en el ámbito institucional no es determinante en esta percepción y que el modelo biomédico es un mecanismo adverso que afecta la humanización del cuidado, especialmente en los hospitales. Sin embargo se considera que la percepción de autoeficacia es un logro en su desempeño, lo que deja en conclusión que las enfermeras chilenas comparten una visión de cuidado humanizado y ético.

Sin embargo, estos aspectos han sido puestos a prueba en diversos servicios hospitalarios estudiados a nivel mundial, demostrando que la humanización de los cuidados brindados por parte del profesional de enfermería han estado en cuestionamiento producto de la creciente tecnologización (5) de la atención iniciada a partir de la segunda mitad de siglo XX y por la sobrecarga de trabajo ocasionada por la presencia de pacientes con múltiples limitaciones para su cuidado, producto de la alta sobrevida poblacional. La sobrecarga de trabajo genera estrés en los profesionales, lo cual impacta directamente en el cuidado humanizado y en el grado de satisfacción en el trabajo (6).

En el mismo estudio se afirma que el cuidado holístico es afectado por la visión

biomédica y las labores realizadas en forma mecanizada, enfocándose solo en las técnicas y desvalorizando la humanización de su trabajo. Por otra parte, los usuarios de los centros de salud sienten la necesidad de que estos cuidados sean significativos, en donde el escuchar, la empatía y el afecto se consideren tan importantes como los aspectos técnicos del quehacer de enfermería (7).

La importancia de abordar éste tema es dar el paso inicial a recuperar la esencia de la enfermería, para que tanto, los profesionales como las personas atendidas, se sientan parte de la generación de cuidados de calidad, continuos y seguros, respetando la dignidad de las personas, los derechos individuales para el mejoramiento o control de la salud.

Fundamentado en lo anteriormente expuesto es este estudio pretende identificar la opinión de los propios actores respecto al cuidado brindado por el profesional de enfermería con un carácter de humanización, definido teóricamente por Jane Watson como un cuidado transpersonal en el cual la enfermera (o) debe proveer un entorno de apoyo, protección o corrección física, mental, sociocultural y espiritual, así como facilitar la intimidad, el confort, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos (24).

Para describir el cuidado humanizado se utilizará el instrumento Care-Q diseñado por Patricia Larson y validado en Taiwán, Estados Unidos, Suiza el cual cuenta con las siguientes variables: accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, y monitorea y hace seguimiento (8).

1.2 Fundamentación

Esta tesis se centra en la gestión de los cuidados de enfermería, y en el nivel de humanización de este cuidado. Para poder comprender este tema con más propiedad, debemos abordar temas como el enfoque biomédico y el biopsicosocial, la reforma de la salud, la definición de la gestión del cuidado de acuerdo a la norma 19, la ley 20.584 y la orientación ministerial hacia el Hospital Amigo. Y finalmente, detallaremos la teoría de Jean Watson acerca

de la humanización del cuidado, en la cual nos fundamentamos para realizar este estudio.

Esta investigación está enfocada a describir la percepción del paciente hospitalizado acerca de los cuidados humanizados brindados por el profesional de enfermería en los servicios de mediana complejidad en un hospital público, con el fin de entregar fundamentos para lograr una mejor atención a cada una de las personas atendidas, haciendo consciencia de lo relevante para la enfermería.

1.3 Delimitación del problema

1.3.1 Pregunta investigativa

¿Cuál es la opinión acerca del cuidado humanizado brindado por el profesional enfermero y enfermera en pacientes hospitalizados en los servicios de mediana complejidad medica-quirúrgica, traumatología y urología del hospital Dr Gustavo Fricke, Viña del Mar durante el mes de Noviembre del año 2013?

1.3.2 Ejes generadores

Para definir la problemática de la investigación nos hemos basado en la teoría de la humanización del cuidado de Jean Watson, en la reforma de Salud, en la norma n° 19 –que define el cuidado de enfermería-, en la Ley 20.584 y en las orientaciones del Hospital Amigo.



Esquema N°1: Ejes generadores.

1.3.3 Definición del problema

El cuidado es una acción incluida en la esencia del ser humano, lo que ayuda a preservar nuestra especie, por esto, desde los años 60 que se hace referencia a los términos “care” y “caring”, El término "care" se refiere a la acción de cuidar, según esta definición todo ser humano puede cuidar, y "caring" incorpora además un sentido y una intencionalidad humanitaria en esta acción.

En el contexto de enfermería es usado para designar "los cuidados profesionales que la enfermera lleva a cabo y que suponen un compromiso humanista y un interés por sus semejantes"(9).

Siendo la humanización del cuidado una práctica de lo humano, cuyo fin es buscar el bienestar de la humanidad, tanto individual como colectivamente, se puede interpretar como una suavización de las consecuencias del sistema de salud, más que del propio cuidado, por ende, la humanización de la atención, involucra el hablar con el paciente, saber realmente lo que siente, qué significa para el paciente que algo le duela, dónde, qué intensidad puede tener ese dolor. Se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica, y la relación terapéutica que el

enfermero establece con el paciente (10). El tener un cuidado correcto no implica solamente el tratar sino también ayudar a que el paciente se realice dentro de su entorno para sentirse más persona, sentirse más humano. Podemos entender que la humanización es ocupar nuestra humanidad para cuidar de la humanidad del otro (11).

Según la investigación de Troncoso y Suazo (2), el cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

El cuidar según Gosia Brykczynska citada por Torralba R. en el artículo “El arte de cuidar”, consiste en la articulación de una serie de elementos, los cuales se pueden sintetizar en: compasión, competencia, confidencia, confianza y conciencia, la integración completa de estos constructos éticos es fundamental para el óptimo desarrollo de la tarea de cuidar. Todos ellos son necesarios, pero ninguno de ellos es suficiente de manera aislada, por ende se requieren mutuamente (12).

De acuerdo a Leninger, citado por Kéroac en el libro “El Pensamiento enfermero”:
“...los cuidados enfermeros comprenden comportamientos, funciones y procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de comportamientos de salud y de la recuperación...”

La misma teorista señala que el cuidado es para la enfermería el dominio central del cuerpo de conocimiento y de las prácticas; afirmando que el constructo del cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento y supervivencia de los seres humanos (13).

Por lo tanto, es la enfermera la que se orienta al cuidado de las personas y la efectiva gestión de las acciones para llevar un cuidado eficaz, satisfaciendo las necesidades insatisfechas,

es por esta causa, que la práctica va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, ya que requiere de recursos intelectuales, intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona. La práctica del profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas (14).

Si bien la enfermera (o) es quien se orienta hacia el cuidado efectivo de los pacientes, es quien debe velar por mantener la humanización de los cuidados. Cada cuidado que se entrega, debe de ir con una base humanitaria hacia la persona, no debe de ser meramente técnico, sino que holístico, viendo al ser humano como un ente físico, mental, psicológico y social. Si la enfermera es capaz de tomar una actitud de comprensión, perseverancia y alto grado de humanización, ha alcanzado la realización profesional.

1.4 Limitaciones del estudio

- Demora de la respuesta del comité de ética para comenzar la aplicación del instrumento.
- Tiempo y días de aplicación de instrumento.
- Procedimientos de enfermería en diferentes horarios.
- Horario de visitas de familiares de pacientes hospitalizados.
- Hospitalización ambulatoria en cirugía.
- Hospitalización prolongada en servicios medicina, lo que disminuía capacidad de recambio de pacientes.
- Turnos rotativos, es decir, los pacientes valoran a diferentes enfermeras, no son las mismas todo el tiempo.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general:

Conocer la opinión acerca del cuidado humanizado entregado por enfermeras en los pacientes hospitalizados en los servicios de mediana complejidad medica-quirúrgica, urología y traumatología del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.

1.5.2 Objetivos específicos:

- Identificar los elementos que componen el constructo teórico referido a cuidado humanizado de acuerdo a Jane Watson.
- Determinar la percepción del paciente respecto a: accesibilidad, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, monitorea y hace seguimiento.
- Identificar el nivel de humanización de los cuidados otorgados por el profesional de enfermería.

CAPÍTULO 2

MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco contextual

2.1.1 Antecedentes de otras investigaciones

Según la investigación de Luz Nelly Rivera Álvarez y Álvaro Triana (3) el profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos, haciendo de su práctica diaria, un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana, que le reporte crecimiento como persona y profesional, generando un impacto transformador en nuestro sistema de salud, otorgando siempre, un cuidado humanizado, enfocado en los aspectos biológico, social, cultural, psicológico y espiritual del paciente.

Diversas investigaciones han abordado este tema, uno de ellos es el realizado por la Universidad de Concepción por Margarita del Carmen Poblete Troncoso (2), el cual determinó la percepción de autoeficacia para efectuar cuidado humanizado y la influencia del ámbito institucional. Los resultados obtenidos revelaron que en el ámbito institucional no es determinante la percepción de autoeficacia, y que el modelo biomédico es un mecanismo adverso que afecta la humanización del cuidado, especialmente en los hospitales. Sin embargo se considera que la percepción de autoeficacia es un logro en su desempeño, lo que deja en conclusión que las enfermeras chilenas comparten una visión de cuidado humanizado y ético.

La investigación realizada en Taiwán por Mei-Hua Lee (6) se enfoca en estudiar el impacto del estrés en el cuidado humanizado por el profesional de enfermería, el cual arrojó como resultado que el estrés afecta el cuidado humanizado entregado, pero más aún afecta el grado de satisfacción en el trabajo.

Por otro lado, se afirma que el cuidado holístico es afectado por la visión biomédica y las labores realizadas en forma mecanizada, enfocándose solo en las técnicas y desvalorizando la humanización de su trabajo (5). Por otra parte, los usuarios de los centros de salud sienten la necesidad de que estos cuidados sean significativos, en donde el escuchar, la empatía y el afecto se consideren tan importantes como los aspectos técnicos del quehacer de enfermería.

2.1.2 Antecedentes sobre el modelo de Salud Chile

2.1.2.1 Modelo biomédico v/s biopsicosocial

El modelo biomédico muestra un pensamiento limitado, en el cual se observa sólo un enfoque de los tejidos y células enfermas. Éste busca encontrar la clave para eliminar la enfermedad y centra la atención del equipo de salud en la recuperación de la salud física y biológica de sus pacientes (7).

Se caracteriza por presentar un pensamiento dualista sobre el ser humano, llevando a un análisis disgregado de la persona, estudiándose mente y cuerpo de manera separada.

Las limitaciones del pensamiento biomédico, no sólo se reflejan en este dualismo, sino que también se expresan en su restringida visión de causa – efecto, lo cual puede desencadenar algunos problemas al establecer un juicio, porque si bien, existen enfermedades que se solucionan bajo esta perspectiva de causa – efecto, cabe destacar que muchas otras no reaccionan de igual forma, existiendo factores extras e inclusive una multi-causalidad, y que al ser excluidos se olvida la existencia de la esfera social y psicológica de la persona.

G. Engel en 1977 postula seis razones por las cuales se critica al modelo biomédico (15). Señala, que una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad, esta aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales. A la inversa: de alteraciones psicosociales pueden derivarse enfermedades o «dolencias» que constituyen problemas de salud, incluso a veces con correlación bioquímica.

También Engel sostiene que la simple anomalía biológica no arroja ninguna luz sobre la significación última de los síntomas para el paciente, ni asegura tampoco las actitudes y habilidades del clínico para recoger la información y procesarla de manera adecuada, recordando además que las variables de índole psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento más biológico que pudiera considerarse.

Recalca que las personas atendidas no necesariamente aceptarán su rol de enfermo sólo porque existe la presencia de una anomalía biológica en su cuerpo, y que su tratamiento biológico estará influido por los factores psicosociales, como se demuestra en el llamado efecto placebo. Y, además, la relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico, aunque sólo sea por la influencia que pueda tener sobre el cumplimiento del tratamiento.

Este modelo se centra principalmente en la dialógica entre el personal de salud y la persona, y se reconocen las habilidades interpersonales como una competencia de importancia en el reconocimiento entre las personas.

Para este modelo biopsicosocial la atención de salud se centra en la persona y no sólo lo consideramos como un mero sujeto del acto clínico. Nos dirigimos más allá, es el reconocimiento de las emociones, de sus pensamientos durante el proceso de atención, el cómo viven su calidad de enfermos y de la aceptación de su enfermedad.

Engel considera que el profesional debe tener como objetivo lograr un componente emocional intrínsecamente terapéutico en la relación establecida. Legitima cualquier motivo de consulta, no sólo los biomédicos, o los problemas psicosociales que logran carta de autenticidad. Distingue además, demanda de salud y necesidad de salud, evita también focalizarse en ciertas hipótesis diagnósticas, si no que aplica frente a un problema diagnóstico una metodología para obviar esta situación.

Intenta disponer de una perspectiva socio familiar de sus pacientes, y sabrá valorar la red social de apoyo con que cuentan éstos. Aplica técnicas de decisión racionales, basadas en evidencias pero también en el conocimiento de los sesgos que introducen sus propias emociones. Se suma a la máxima que reza «primero descartar lo orgánico la esfera psicológica y social.

Reconoce que hay periodos de incertidumbre en los cuales no debe ceder a la tentación de dar significado a los síntomas a partir de datos no definitivos. Identifica factores de riesgo, y detecta los estilos de vida que hay detrás de ellos.

Y finalmente, el profesional debe recordar que cada paciente es una realidad en constante evolución. Por consiguiente, hay que ser curiosos, y si no lo somos por naturaleza, al menos debe dar oportunidades a la sorpresa. Todo esto debe ser aplicado por cada profesional del equipo de salud, en especial por el equipo de enfermería, para reconocer finalmente, la mirada holística de cada ser humano.

2.1.2.2 Reforma de Salud

Comenzamos entonces, revisando la reforma de salud en nuestro país, que se instaura con el propósito de garantizar un trato igualitario, solidario, con efectividad técnica, eficiencia en uso de recursos y participación social en su formulación y puesta en marcha, evaluando políticas y programas sectoriales, esto claramente enmarcando la finalidad, de lograr brindar la mejor atención y cuidado a cada persona atendida.

En el documento “Objetivos Sanitarios que se deben alcanzar al año 2010” (15) se puede observar que los problemas de salud que afectan a la población se sitúan como eje central para la elaboración de las políticas sanitarias. Considera el envejecimiento de la población, enfrenta las desigualdades en la situación de salud, tratando de dar la mejor respuesta a las expectativas legítimas de la población. La enfermería como profesión debe hacerse cargo de todos estos aspectos, basándose en estos objetivos que se esperan alcanzar, se perfecciona continuamente, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención brindada a cada individuo, y de efectuar su rol

de gestión de los cuidados a la persona atendida de acuerdo a lo establecido en la Constitución.

2.1.2.3 Gestión del cuidado en la legislación chilena.

Es por eso entonces, en el marco del cuidado humanizado, que vemos en nuestra legislación, al profesional enfermero como el encargado de gestionar los recursos que se utilizan a los pacientes y de velar que estos se cumplan, estableciendo planes de intervención, de cuidado, seguimiento y utilización de los recursos. Debe conocer las reales necesidades de las personas, los posibles problemas que pueden surgir, para lograr un enfoque de promoción y prevención. Para conseguir este propósito, es que se alza la necesidad de gestionar cada atención adecuadamente para que el trato sea a todos por igual. La gestión de los cuidados es un elemento intrínseco en la profesión de enfermería, y actualmente en Chile, se considera una responsabilidad legal en relación a la continuidad y calidad de los cuidados, debiéndose cumplir y asumir como se establece.

Dentro de la gestión de los cuidados, surge el término de “líder”, lo cual se considera como una competencia indispensable para llevar a cabo las acciones que velan por el cuidado de la persona atendida. Esta competencia, incluye una toma eficaz de decisiones y a la vez lograr una buena comunicación con el paciente, a través de otras cualidades como la capacidad de acercamiento, empatía, escucha activa, liderazgo, entre otras.

Según la investigación de Milos H Paulina, Bórquez P Blanca y Larraín S Ana Isabel, en el año 1997 (16,5), representando el sentir de la sociedad chilena se reconoce que el problema social que resuelven las enfermeras es la satisfacción de la necesidad de cuidados de salud de la población.

Este reconocimiento significa, por una parte, que el cuidado es el aporte específico de la enfermera a la atención de la salud y, por otra, que un ámbito determinado de la atención en salud ha sido reservado para las enfermeras, con el objeto de otorgar certeza jurídica respecto a su

campo de acción, en orden a garantizar el derecho a la protección de la salud.

Es así, como a través de la Ley N° 19.536 se introdujo un nuevo inciso cuarto al artículo 113 del Código Sanitario, mediante el cual se definió el rol social de la enfermera: el legislador le asigna tres grandes funciones: la gestión del cuidado; el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico; y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente (5).

La norma n°19 (17) define la gestión del cuidado de Enfermería como el “ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar, la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustentan en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución”.

La contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, ejerciendo su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de éste buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

Por lo tanto es la enfermera la que orienta el cuidado de las personas y la efectiva gestión de las acciones para llevar un cuidado íntegro, desde satisfacer las necesidades insatisfechas, hasta el cumplimiento de múltiples tareas rutinarias que requieren de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y la realización de acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona. La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, integrar habilidades específicas y contar con la intervención de una enfermera como recurso terapéutico.

El enfoque del cuidado humanizado sugerido por Watson nos sugiere que el otorgar cuidado integral es la atención de todo el “ser” humano, lo que ella define como: una unidad de mente, cuerpo y espíritu (5). Esta persona demanda compromiso, dedicación, respeto y su cuidado es responsabilidad del profesional de enfermería. Esto nos sugiere entonces, la gran necesidad de hacernos cargo de estos principios en nuestra labor de gestión. Para una mejor gestión de cuidado humanizado, debemos considerar que el personal enfermero debe comenzar por: conocer los sentimientos del paciente respecto al cuidado otorgado, atender de manera desinteresada y siempre con empatía, amabilidad y eficiencia, expresarse con claridad, dar apoyo emocional, otorgar tranquilidad, cuidado amoroso y dedicado, y finalmente dar apoyo físico y velar por la satisfacción de las necesidades básicas. Por otro lado, la importancia del rol enfermero es el de velar que se cumplan los derechos básicos de los pacientes tanto humanos como legales, comunicando los deberes de las personas atendidas para poder facilitar que reciban un cuidado humanizado y de calidad (6, 13).

2.1.2.4 Derechos y deberes del paciente. (Ley 20.584)

A partir del mes de Octubre del 2012 se implementa esta ley en nuestro país, y trata acerca de los deberes y derechos que tiene cada persona atendida en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (18).

Según el artículo 2: “toda persona tiene derecho, cualquiera sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en la forma que determinan la constitución y las leyes”.

Esta ley reconoce a cada persona a tomar sus decisiones en forma autónoma, en base a la información entregada por el médico acerca de su estado de salud, de su posible diagnóstico, de las alternativas de su tratamiento, pronóstico esperado, de acuerdo con su edad, condición personal y emocional, recibiendo un trato digno, respetuoso, también el derecho a recibir asistencia espiritual y compañía cuando lo requiera.

Visto esto desde el punto de vista del cuidado humano, esta ley muestra una mejor percepción de la autonomía de la persona, que intenta dejar atrás el modelo paternalista biomédico, enfocando de mejor forma el punto de vista bio- sico- social, tal es el cambio de enfoque que en los hospitales actualmente se pretende acercar la familia al entorno hospitalario, facilitando el acceso y la permanencia, dentro de lo posible, acompañando a las personas en su labilidad fomentando la comunión entre la esfera social y la afectiva.

2.1.2.5 Hospital Amigo

Este proyecto, se implementa en nuestro sistema de salud con el fin de poder dar un enfoque al modelo de salud: familiar y comunitario, con la participación del usuario, la familia, la comunidad y la sociedad civil en los servicios de salud (19). Todo esto para lograr ingresar la mirada social a la atención cerrada, reconociendo la importancia de la familia, amigos y comunidad en la recuperación de la salud de cada persona atendida. Siendo coherente con este modelo, se plantean objetivos ministeriales que dan inicio a cambios profundos en los centros de atención terciaria: la apertura de los hospitales a la familia y la comunidad del paciente.

Dentro de estas medidas encontramos el ampliar los días y horarios de visita en todos los establecimientos públicos del país, sin excepción, de acuerdo a los programas implementados por el establecimiento, como: alimentación asistida, acompañamiento diurno y o nocturno, contemplando el trabajo en colaboración del voluntariado, orientando a los familiares. También contemplan normas relativas al paciente y su familia: colaboración al personal respetando indicaciones del equipo de salud, respeto por las necesidades y privacidad de las otras personas hospitalizadas, y otras normas que deben ser expresadas en lenguaje comprensivo y cercano.

2.2 Marco conceptual (Watson)

2.2.1 Teoría del cuidado según Jean Watson

Dada la relevancia de sustentar el proyecto en una teoría sólida que nos guíe, nuestro estudio se basará en la teoría del cuidado de Jean Watson, la cual se centra en la humanización de los cuidados con el fin de encontrar la relación existente con las políticas de nuestro país.

Jean Watson (2) es una enfermera estadounidense que se ha convertido en una destacada teórica contemporánea en el ámbito de su profesión. Nació en Virginia Occidental. Inicia su carrera en la Escuela de Enfermería Lewis Gale, finaliza sus estudios de pregrado en 1961. Obtiene luego un Bachelor of Science en Enfermería (1964) en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría (1966) en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial (1973) en la Graduate School del Campus de Boulder. Fundó el Center for Human Caring en Colorado y fue Fellow de la American Academy of Nursing. En 2007 crea una entidad sin fines de lucro, el Watson Caring Science Institute, parte del International Caritas Consortium.

La visión humanista del cuidado de Watson, es importante porque cambia la visión de los cuidados de Enfermería en los sistemas hospitalarios, adquiriendo una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones (5).

Según el estudio de Luz Nelly Rivera Álvarez y Álvaro Triana (3) se detallan los aspectos más importantes de la teoría del cuidado de Jean Watson, en donde ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas

teóricas:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

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

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

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales y espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría: las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma, el cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico. El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad; El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.

Señala que todas las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás, y para hallar soluciones a los problemas es necesario encontrar significados, y que la totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

La base de la teoría de Watson es la práctica enfermera en diez factores de cuidados o supuestos (20). Cada uno relativo a las personas implicadas en la relación que abarca la profesión. Los tres primeros sirven de fundamento filosófico para la ciencia del cuidado. Estos supuestos fueron escritos en su primer libro *Nursing: The philosophy and science of Caring*, Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

Factores de un sistema humanístico-altruista de valores: Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo (Watson, 1979).

Inculcación de la fe-esperanza: Este factor, que incorpora valor humanístico y altruista, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud (Watson, 1979).

Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás: El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto-actualización a través de la auto-aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás (Watson, 1979).

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen

moderado de habla; una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales. (Watson, 1979).

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos: El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación de las demás (Watson, 1979).

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar el proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización (Watson, 1979).

Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal: Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal (Watson, 1979).

Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tiene en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables (Watson, 1979)

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La auto-actualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal (Watson, 1979).

Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas: La fenomenología describe los datos de la situaci3n inmediata que ayudan a la gente a comprender los fen3menos en cuesti3n. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenol3gicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensi3n de uno mismo y de los dem3s.

Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir m3s all3 de los diez factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el 3rea de promoci3n de la salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo apoyo situacional, enseñando m3todos de resoluci3n de problemas y reconociendo las capacidades de superaci3n y la adaptaci3n a la perdida (Watson, 1979) (21).

2.2.1.1 Metaparadigma

2.2.1.1.1 PERSONA

Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu (5), que experimenta y percibe conceptualmente el Gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería

2.2.1.1.2 MEDIO AMBIENTE

Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)

2.2.1.1.3 SALUD

De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”

2.2.1.1.4 ENFERMERÍA

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta” Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional,

personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

2.2.2 Determinación de conceptos

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera – paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aún estos conceptos necesitan ser definidos más claramente, esto es quizás por la naturaleza abstracta de los conceptos, haciéndose un modelo difícil de evaluar cuantitativamente, sin embargo la dimensión cualitativa de ellos permite ampliar la mirada hacia los significados que estos tienen para cada actor en particular (3).

2.2.2.1 Interacción enfermera - paciente

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente)

2.2.2.2 Campo fenomenológico

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

2.2.2.3 Relación de cuidado transpersonal

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por: El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo, y el conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término "transpersonal" quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente.

Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la auto-curación independientemente de la condición externa de salud (3).

2.2.2.4 Momento de cuidado

Según Watson, (2,3, 17) una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana. Para Watson, el campo fenomenológico corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

La ocasión del cuidado, permite el descubrimiento de si mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos, donde destaca el cuidado y el amor que son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal, también destaca la asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface a nuestra

humanidad.

Nos recalca que enfermería es una profesión que cuida, y sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.

Señala que en principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos a sí mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.

Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería, siendo su esencia, siendo que tanto individual como grupalmente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.

Sus supuestos advierten que los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales, y que una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.

Watson manifiesta, que el cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.

Finalmente, señala que las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación, siendo estas influencias y valores las que enfatizan la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e

intersubjetiva entre paciente y enfermera. Han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relacionadas en los procesos de cuidado humano.

2.3. Unidad de observación

Pacientes hospitalizados que reciben cuidados de enfermería en los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología y Urología del Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Quinta Región, Chile.

2.4 Hipótesis de trabajo

La opinión de los pacientes hospitalizados acerca del cuidado de enfermería en servicios asistenciales es que es poco humanizado.

2.5 Definición y operacionalización de las variables

El constructo teórico de cuidado humanizado establecido por Watson, señala diversas dimensiones para su medición, las cuales fueron consideradas en este estudio como las variables a evaluar.

2.5.1 Determinación y definición de variables

1. ACCESIBILIDAD: Comportamiento de cuidados que son esenciales en la relación de apoyo. Acercamiento de la enfermera cuando lo necesite. Considera la dedicación de tiempo, apoyo y ayuda.

2. EXPLICA Y FACILITA: Educación e información requerida por el paciente, que se entrega de forma clara para que a través de los cuidados de enfermería logre su bienestar y recuperación.

3.CONFORTA: Cuidados que ofrece el profesional de enfermería con el fin de que el usuario hospitalizado, familiar y allegados se sientan cómodos infundiéndole ánimo y vigor en un entorno que favorezca el bienestar.

4. SE ANTICIPA: Cuidados que las/los enfermeros planean con anterioridad teniendo en cuenta las necesidades del usuario con el fin de prevenir complicaciones.

5. MANTIENE RELACION DE CONFIANZA: Cuidados que ofrecen los profesionales de enfermería para que el usuario hospitalizado tenga empatía con ellos, los cuales van dirigidos en pro de su recuperación, haciéndolo sentir como persona única, confiada, serena y segura. Tiene que ver con la cercanía y la presencia física del personal de enfermería hacia el usuario.

6. MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO: Cuidados de enfermería que implican un conocimiento propio de cada usuario y dominio de lo científico técnico y de los procedimientos que realiza. Incluye los planes y acciones que son realizados para enseñar a su grupo de enfermería la forma como se deben realizar los procedimientos, observando y valorando que se haga todo bien y a tiempo.

2.5.2 Operacionalización de las Variables

N	DIMENSIÓN	INDICADORES
1	ACCESIBILIDAD	El profesional enfermero se aproxima para ofrecer medidas que alivien el dolor o para realizar procedimientos.
2		El profesional enfermero se ofrece como voluntario para ayudar con cosas necesarias de satisfacción personal.

3		El profesional enfermero da los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo.
4		El profesional enfermero verifica el estado de salud de la persona atendida.
5		El profesional enfermero responde rápidamente al llamado de sus pacientes.
6		El profesional enfermero pide a los pacientes que la llamen si se sienten mal.
7	EXPLICA Y FACILITA	El profesional enfermero brinda a la persona atendida información clara y precisa sobre su situación de salud.
8		El profesional enfermero entrega información adaptando su lenguaje para que sea comprendido por la persona atendida.
9		El profesional enfermero enseña a la persona atendida a cuidarse a sí mismo.
10		El profesional enfermero es honesto con la persona atendida en cuanto a su condición médica.
11	CONFORTA	El profesional enfermero se esfuerza para que la persona atendida pueda descansar cómodamente.
12		El profesional enfermero motiva a la persona atendida a identificar los elementos positivos de su tratamiento.
13		El profesional enfermero es amable con la persona que atiende a pesar de tener situaciones difíciles.
14		El profesional enfermero es alegre.
15		El profesional enfermero se sienta con la persona atendida para entablar una conversación.
16		El profesional enfermero establece contacto físico con la persona atendida cuando necesita consuelo.
17		El profesional enfermero escucha con atención a la persona

		atendida.
18		El profesional enfermero habla amablemente con la persona atendida.
19		El profesional enfermero involucra a la familia de la persona tendida en su cuidado.
20	SE ANTICIPA	Cuando la persona atendida se siente agobiada el profesional enfermero acuerda un nuevo plan de intervención.
21		El profesional enfermero está pendiente de las necesidades de la persona atendida para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud.
22		El profesional enfermero comprende que la experiencia es difícil para la persona atendida y le presta especial atención durante ese momento.
23		Cuando el profesional enfermero está con la persona atendida realizando algún procedimiento, se concentra única y exclusivamente en ella.
24		El profesional enfermero continúa interesado en la persona atendida aunque haya pasado por una crisis o fase crítica.
25		El profesional enfermero concilia con la persona atendida antes de iniciar un procedimiento o intervención.
26		El profesional enfermero ayuda a la persona atendida a establecer metas razonables con respecto a su salud.
27		El profesional enfermero busca la mejor oportunidad para hablar con la persona atendida sobre los cambios en su situación de salud.
28		El profesional enfermero comprueba el estado de ánimo de la persona atendida antes de iniciar una acción o procedimiento.
29		

30	MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA	El profesional enfermero anima a la persona atendida a hacerle cualquier pregunta respecto de su estado de salud.
31		El profesional enfermero coloca a la persona atendida en primer lugar sin importar lo que pase a su alrededor.
32		El profesional enfermero es amistoso y agradable con familiares y allegados de la persona atendida.
33		El profesional enfermero permite expresar totalmente los sentimientos a la persona atendida acerca de su enfermedad y tratamiento médico.
34		El profesional enfermero tiene un enfoque coherente con la persona atendida.
35		El profesional enfermero identifica y trata a la persona atendida como una persona individual.
36		El profesional enfermero se identifica y presenta con la persona atendida e informa sobre los procedimientos a realizar.
37	MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO	El uniforme y la identificación del profesional enfermero lo caracteriza como tal.
38		El profesional enfermero se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento.
39		El profesional enfermero es organizado en la realización de su trabajo.
40		El profesional enfermero realiza los procedimientos con seguridad.
41		El profesional enfermero es calmado.
42		El profesional enfermero proporciona un buen cuidado físico a la persona atendida.
43		El profesional enfermero se asegura que los familiares y allegados sepan cómo cuidar a la persona atendida.

44		El profesional enfermero identifica cuando es necesario llamar al médico.
----	--	---

Tabla N°1: Operacionalización de variables

CAPÍTULO 3

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño de la investigación

El trabajo presenta un enfoque cuantitativo, este tipo de estudio utiliza la recolección de datos, con base en la medición numérica y análisis estadísticos de los resultados, los cuales sirven para establecer comportamientos y probar teorías.

La presente investigación presenta un alcance de tipo descriptivo, ya que en estos tipos de estudios poseen la características de especificar las propiedades importantes y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, dimensiones, aspectos, o componentes del fenómeno a investigar. También es de tipo transversal, porque los datos son recolectados en un momento determinado.

3.2 Población de estudio

La población estudiada se enfoca a los pacientes mayores de 18 años de edad y hospitalizados por más de tres días en los servicios de medicina, cirugía, urología y traumatología del hospital Dr. Gustavo Fricke, ubicado en Avenida Álvarez 1532, Viña del Mar, Quinta Región, Chile.

3.3 Selección de universo y muestra

3.3.1 Universo

Personas hospitalizadas en servicios generales del Hospital G. Fricke que reúnan los criterios de inclusión y exclusión definidos por los tesisistas.

3.3.2 Diseño de muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencionado, que se rigió según criterios de inclusión y exclusión definidos por los tesisistas, quedando constituida de la siguiente manera:

Servicios	Nº personas encuestadas
Medicina	10
Cirugía	27
Traumatología	17
Urología	13
TOTAL	67

Tabla Nº 2: Número de personas encuestadas por servicio

3.4 Criterios utilizados para el análisis

3.4.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron al estudio las personas que presentaron las siguientes condiciones:

- Estadía ≥ 3 días
- Mayores de 18 años
- Test Mini mental versión abreviada ≥ 14 (Anexo 14)
- Aceptación de responder al cuestionario
- Firma de consentimiento informado
- Hablar y entender el idioma español, aunque sean de otra nacionalidad
- Estar capacitados físicamente para leer el documento,
- Responder la encuesta mediante su propia escritura.
- Las personas debían tener alguna relación con el profesional de enfermería ya sea en su cuidado o en la relación terapéutica y que lo identificaran claramente a través de preguntas realizadas de manera verbal, incorporadas junto al consentimiento informado.

3.4.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio las personas que presentaron las siguientes condiciones:

- Personas con compromiso neurológico y/o con compromiso de funciones motoras (que impidan responder a través de su propia escritura la encuesta),
- Analfabetos
- Que hayan sido recientemente trasladados de otros servicios
- Test Mini mental abreviado < 13 puntos
- Menores de 18 años
- Rechazo a responder al cuestionario.
- Pacientes que no identifiquen a la (el) enfermera (o)

3.5 Unidad de Análisis

Corresponde a la persona hospitalizada en unidades de mediana complejidad medica-quirúrgica, urología y traumatología del Hospital Dr. Gustavo Fricke, quienes opinan acerca del cuidado brindado por el profesional enfermero o enfermera, que cumplen con los criterios de inclusión

3.6 Consideraciones éticas

Los tesisistas le entregaron la encuesta Care Q a los pacientes, la participación fue voluntaria, respetando la decisión de participar o no; se les explico de manera verbal y escrita en el consentimiento informado, sobre la opción de retirarse del estudio en cualquier momento, avisándoles a los investigadores; en este último caso se manifiesta de manera oral que su tratamiento no será interrumpido ni su atención en el servicio de salud se verá afectada por ello. Se explicita que no habrá beneficio económico por participar, tampoco se le aplicará algún procedimiento clínico, por lo que no correrá riesgos que puedan atentar contra su integridad.

Se aseguró que la información recogida será confidencial, es decir, en lugar de su nombre se utilizarán letras y números que solo la investigadora principal podrá conocer y solo ella tendrá acceso a éstos datos, siendo guardados en su oficina. Se entregó por separado el consentimiento informado de la encuesta, en donde ésta última tendrá solo una numeración sin que exista relación entre su identidad y sus respuestas, es decir, será anónima.

Para responder las encuestas los pacientes contaron con biombos, los cuales fueron facilitados para que ellos pudieran responder de forma tranquila, sin distracciones y de manera privada.

3.7 Métodos de recolección de datos

3.7.1 Descripción del instrumento

El instrumento aplicado Care Q “Caring Assesment Report Evaluation”, ha sido la primera herramienta cuantitativa para evaluar el cuidado, siendo la más usada en este ámbito (8). Esta escala tuvo una gran reputación por su uso repetitivo, generando bastantes investigaciones empíricas en diferentes ámbitos con diferentes poblaciones de pacientes.

Este instrumento fue diseñado por Patricia Larson en 1984, más tarde en 1993 Larson y Ferketich rediseñaron el Care Q por un instrumento de satisfacción del cuidado el cual evalúa la satisfacción de los pacientes respecto a los cuidados de enfermería.

La herramienta original fue desarrollada para orientar el cuidado favoreciendo el conocimiento de los escritores en el campo de la teoría del cuidado y filósofos de ese tiempo, pero los ítems del Care Q fueron desarrollados en el campo de las necesidades del cuidado y las percepciones de los pacientes con cáncer. La visión del cuidado de enfermería que informa este instrumento intenta crear una visión subjetiva del cuidado para y en el paciente.

Este instrumento originalmente posee 50 ítems los cuales son ordenados en 6 sub-escalas del cuidado en el cual se incluyen accesibilidad (6 ítems), conforta (9 ítems), se anticipa (5 ítems), relación de confianza (16 ítems), monitorea y hace seguimiento (8 ítems), explica y facilita (6 ítems).

Todas las generaciones del Care Q son utilizadas para identificar el cuidado humanizado percibido por los pacientes. La versión final del Care Q fue creado por un grupo de expertos graduados de enfermería donde aplicaron 60 ítems en pacientes de oncología de los cuales aceptaron 50, evaluando la atención y la seguridad promovida del profesional de enfermería hacia el paciente.

Las 50 acciones de enfermería son evaluadas a través de la percepción del paciente al sentirse satisfecho frente al cuidado.

Para la investigación, los tesistas hicieron una modificación del instrumento original con el permiso de su creadora (Anexo N° 11). Del instrumento original se extrajeron 6 preguntas, que no fueron representativas a las actividades que realiza la enfermera en las unidades estudiadas, los criterios de exclusión fueron determinados tras la aplicación del instrumento Care Q a una muestra de 12 enfermeros de distintos servicios y de diferentes hospitales de la Quinta Región, quedando así 44 preguntas atinentes a la realidad nacional.

En la primera hoja se adjunta el consentimiento informado y a continuación se recolectan datos de las variables de clasificación, como lo son la edad, sexo, servicio y días de hospitalización.

Luego se describe un instructivo para el llenado de datos por parte de las personas encuestadas y a continuación se adjuntan las preguntas del instrumento propiamente tal.

Las preguntas han sido planteadas en afirmaciones positivas con una escala de Likert de 1 a 4 puntos, que se dividen según la frecuencia en la cual se presentan las conductas a medir, de la siguiente manera:

Puntaje	1	2	3	4
Presentación de la conducta a medir	Nunca	Ocasionalmen -te	Frecuentemen -te	Siempre

Tabla N°3: Escala de la frecuencia en la cual se miden las conductas.

Si la pregunta no es respondida, no se le asigna valor numérico.

El instrumento cuenta con 44 preguntas organizadas en 6 dimensiones del cuidado humanizado definido para este estudio y cada una cuenta con un número determinado de preguntas, las cuales se describen a continuación:

Tipo de conducta o actitud	Nº de ítems	Nº Pregunta del cuestionario
Accesibilidad	6	Pregunta 1-6
Conforta	4	Pregunta 7-10
Se anticipa	9	Pregunta 11-19
Relación de confianza	9	Pregunta 20-28
Monitorea y hace seguimiento	8	Pregunta 29-36
Explica y facilita	8	Pregunta 37-44

Tabla N°4: Dimensiones del cuidado humanizado con el número de ítems.

Fuente: Instrumento ajustado por tesis Anexo N° 1

3.7.2 Prueba piloto

En el mes de Junio del año 2013, se aplica el instrumento a 12 enfermeros de la región en el cual se eliminaron 6 preguntas del instrumento original y además se aprovecha de realizar una validación semántica del Care-Q

Durante el primer día de aplicación se realiza el Care Q a 11 pacientes, al no manifestarse verbalmente problemas de interpretación o redacción de las preguntas y sus respectivas respuestas, se decide incluir a estos pacientes dentro de la muestra total.

3.7.3 Estudio de confiabilidad y validez del instrumento

3.7.3.1 Confiabilidad: Medida con el estadígrafo Coeficiente Alfa de Cronbach

El coeficiente Alfa de Cronbach, es un índice de consistencia interna cuyos valores oscilan de 0 a 1, permitiendo comprobar si un instrumento es fiable con mediciones estables y consistentes o si se trata de un instrumento que recopila información defectuosa que llevará a conclusiones erróneas. Mide el grado de homogeneidad de las preguntas a través del promedio de las correlaciones entre los ítems para comprobar si se parecen. Por lo tanto, su interpretación será la siguiente: El índice cuanto más se acerque al 1, será más fiable. Una fiabilidad respetable se considera a partir de 0.80.

Su fórmula se expresa de la siguiente manera:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde K es el número de ítems de la prueba, S_i^2 es la sumatoria de la varianza de los ítems, S_T^2 es la varianza de la prueba total y α es el Coeficiente de Alfa de Cronbach. Por lo tanto, el coeficiente a través de dos términos mide la fiabilidad del test: el número de ítems y la proporción de la varianza total debida a la covarianza de sus ítems.

Alfa de Cronbach	Consistencia interna
> 0.9	Excelente
0.9 > a > 0.8	Bueno
0.8 > a > 0.7	Aceptable
0.7 > a > 0.6	Límite
0.6 > a > 0.5	Pobre
0.5	Inaceptable

Tabla N°5: Confiabilidad del instrumento según Hernández

3.7.3.2 Confiabilidad del instrumento

La confiabilidad del instrumento se demuestra en el siguiente cuadro:

Estadísticas de confiabilidad			
	Alfa de Cronbach	Nº de elementos	Estado de confiabilidad
ACCESIBILIDAD	0,758	6	Aceptable
EXPLICA Y FACILITA	0,759	4	Aceptable
CONFORTA	0,871	9	Bueno
SE ANTICIPA	0,898	9	Bueno
MANTIENE RELACION DE CONFIANZA	0,915	8	Excelente
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO	0,851	8	Bueno
TOTAL INSTRUMENTO	0,963	44	Excelente

Tabla N°6: Estado de confiabilidad para cada dimensión.

Como se observa en la tabla, los valores por separado de los ítems son cercanos o superiores a 0,8 lo que se considera un alfa de Cronbach con un valor entre bueno y excelente, evidenciando el valor de confiabilidad y manifestando la consistencia interna del instrumento en relación al número de preguntas.

VALOR GLOBAL DEL INSTRUMENTO

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,963	44

A nivel general se obtiene un alfa de Cronbach de 0.963, lo que indica que el instrumento de medición presenta un alto grado de confiabilidad. Es decir mide lo que pretende medir (Consistencia interna).

3.7.3.3 Validez de constructo

El instrumento Care Q sólo ha presentado validez de contenido, pero sobre él no se ha realizado un análisis de constructo, los tesisistas en asesoría del estadista Alberto Caro Martin han realizado un análisis factorial de los resultados del instrumento dando como resultado valores poco concluyentes respecto a la distribución de los valores en las preguntas (ver anexo 13).

3.8 Plan de Recolección de datos

El día 15 de Mayo del 2013 se envía el proyecto de tesis al comité de ética de la facultad de medicina de la Universidad de Valparaíso. El día 22 de Agosto del 2013 se recibe vía electrónica la certificación del comité de ética y la aprobación para la realización del estudio. El día 21 de Octubre del 2013 se realizó una reunión con la enfermera de calidad de la “oficina calidad y seguridad del paciente” del hospital Gustavo Fricke para la aplicación del instrumento en alguno de los servicios del hospital, en donde se acuerda la aplicación del instrumento durante el siguiente horario: viernes de 14:00 a 17:00 hrs. y los sábados de 08:00 a 13:00 hrs. durante el mes de Noviembre del año 2013. Se inicia la aplicación del instrumento el viernes 8 de Noviembre y se culmina el sábado 30 de Noviembre del 2013.

3.9 Criterio de análisis de datos y software a utilizar.

3.9.1 Base de datos utilizada

Para la realización de la base de datos obtenidos se utilizó el programa Excel en el cual se realizaron las planillas correspondientes al ordenamiento de los resultados de las preguntas de los 67 pacientes. Con respecto al análisis de los datos se utilizó también el programa Excel para realizar planillas que contienen correlaciones de la percepción del cuidado por rango de número de días de hospitalización, edad, y servicio. Además se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22 para el análisis estadístico y la validación de instrumento en Chile.

3.9.2 Criterios para efectuar el análisis de la información

Para el análisis de los resultados se decidió promediar las respuestas de las personas encuestadas y los valores promediados por categorías (variables). Los valores asignados por los testistas que se encuentren dentro de estos rangos se le asignan las siguientes significaciones:

PUNTAJE	CLASIFICACIÓN
1 – 2,09	Cuidado entregado no es humanizado
2,1 – 3,09	Cuidado entregado en riesgo de deshumanización
3,1 – 4,0	Cuidado entregado es humanizado

Tabla N° 7: Tabla auto confeccionada por testistas para valores y su clasificación.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Caracterización de la muestra

De la muestra extraída existe un predominio del sexo masculino con un porcentaje de 55,2%.

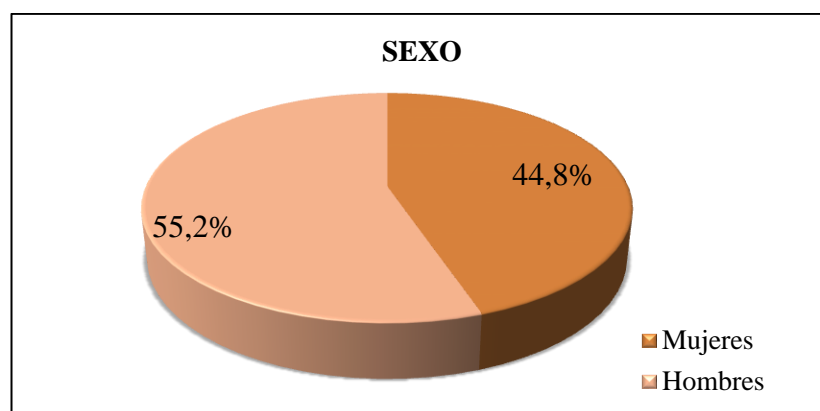


Gráfico N°1: Distribución de la muestra según sexo.

Del total de la población encuestada el 75,6% de la muestra corresponde a personas mayores a 50 años.

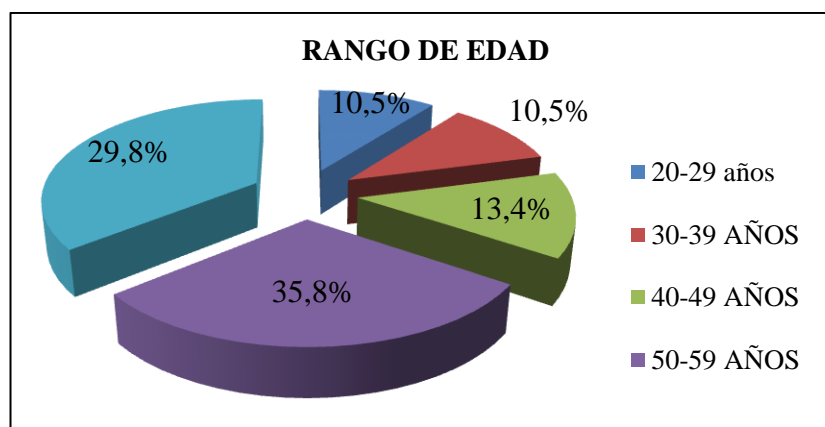


Gráfico N°2: Distribución de la muestra según edad.

De los servicios del hospital Gustavo Frické donde se aplicó el instrumento predomina el número de personas encuestadas en el servicio de cirugía.

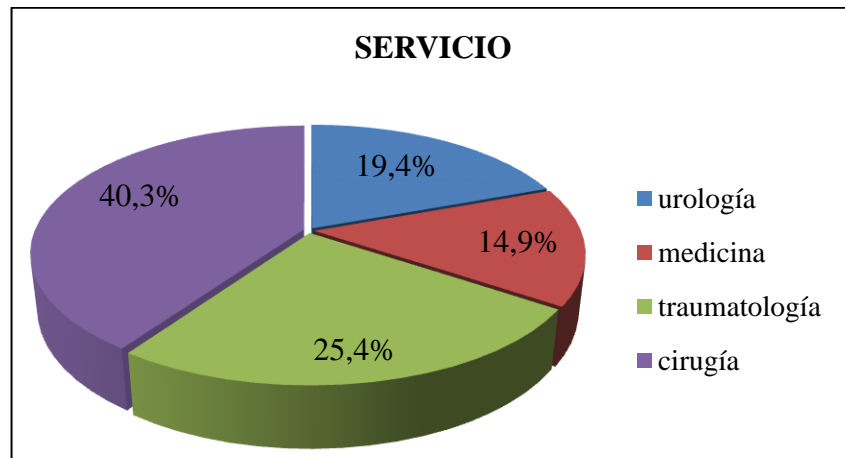


Gráfico N°3: Distribución de la muestra por servicio.

Del total de la muestra encuestada 46 personas ha tenido una estadía de hospitalización (3-9 días).

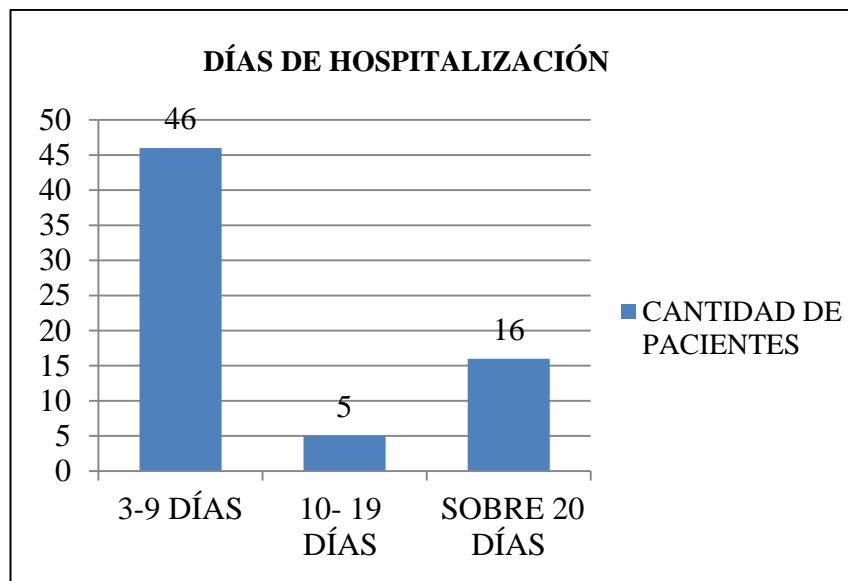
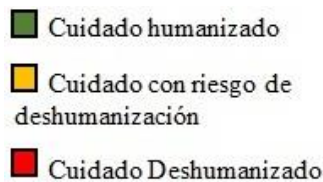


Gráfico N°4: Distribución de la muestra según días de hospitalización.

4.2 Análisis estadístico de los resultados

4.2.1 Percepción de los pacientes por categorías

Para los siguientes gráficos se destacan en distintos colores los promedios de los resultados obtenidos por los testistas, se definen los siguientes colores según el puntaje:



Categoría Accesibilidad

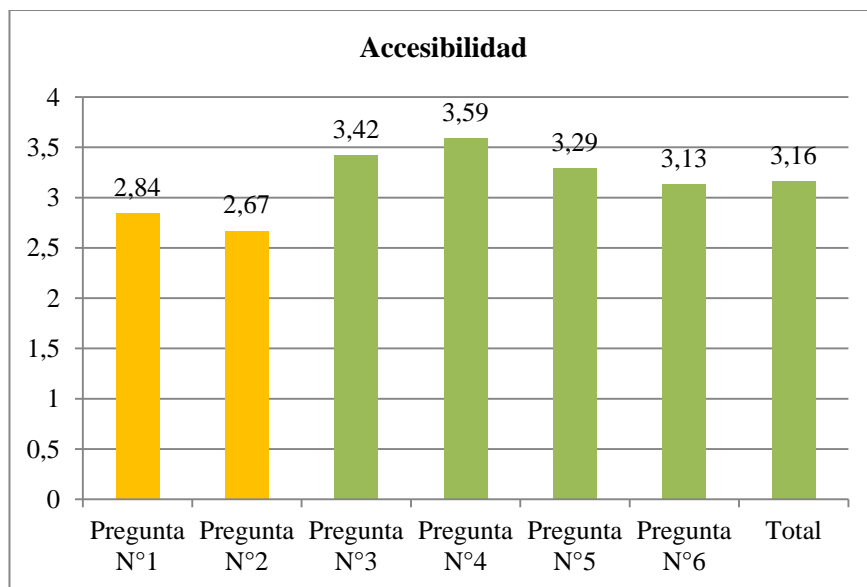


Gráfico N°5: Promedios de percepción de cuidado de categoría 1: Accesibilidad.

Dentro de la categoría de accesibilidad, las preguntas que hacen alusión al acercamiento psico-emocional del profesional enfermero con la persona atendida. Con acciones como

aproximarse, realizar masajes o pequeñas cosas por el paciente, traer una taza de café, etc. son las que presentan menores resultados dejándolas en el rango de cuidado en riesgo de deshumanización.

Las preguntas que abarcan la ayuda clínica del profesional enfermero hacia los pacientes como el dar el tratamiento médico, son las que mejores resultados poseen, la respuesta que más se acerca al cuidado humanizado y se le asigna una mejor apreciación cuando el profesional verifica el estado de salud de forma frecuente de los pacientes (*Ver anexo 1: Percepción de los pacientes categoría accesibilidad*).

Categoría explica y facilita:

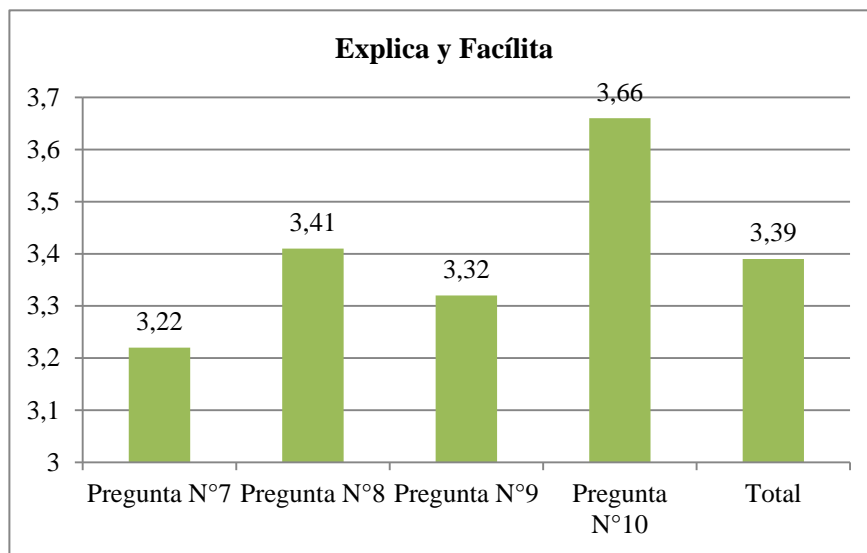


Gráfico N°6: Promedios de percepción de cuidado de categoría 2: Explica y facilita.

En base a los resultados podemos apreciar que la enfermera entrega un cuidado humanizado en el área de la educación hacia el paciente, esto asegura que reciba la información de manera adecuada y comprensible.

Para los pacientes lo más destacado dentro de esta categoría es la capacidad de los profesionales de enfermería de ser honestos sobre su estado de salud (*Ver anexo 2: Tabla de la percepción de la categoría explica y facilita*).

Percepción de los pacientes categoría confort:

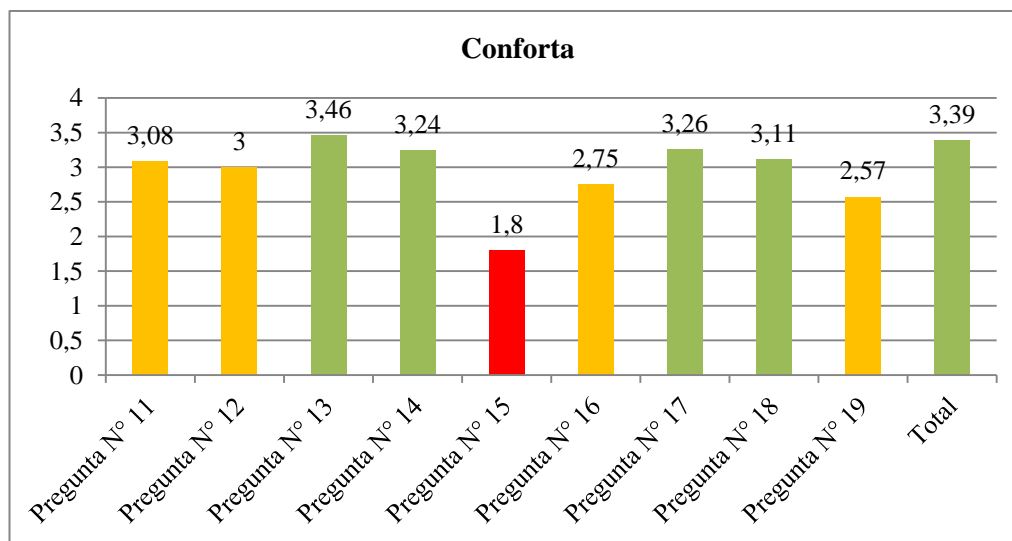


Gráfico N°7: Promedios de percepción de cuidado de categoría 3: Conforta.

La pregunta que hace referencia al confort físico presenta un riesgo de cuidado deshumanizado indicando que el profesional de enfermería no le está brindando la comodidad y el bienestar físico a los pacientes.

Si bien los profesionales enfermeros aseguran un cuidado humanizado en el bienestar psico-emocional de los pacientes como al escucharlos, y hablar con ellos se refleja una falta de empatía por ejemplo al mostrar consuelo cuando lo necesitan y resaltar estímulos positivos, esto puede ser explicado por la falta de tiempo causado por la sobrecarga laboral que tienen los profesionales enfermeros para sentarse al lado de los pacientes para escucharlos (*Ver anexo 3: tabla de la percepción de la categoría confort*).

Percepción de los pacientes categoría se anticipa:

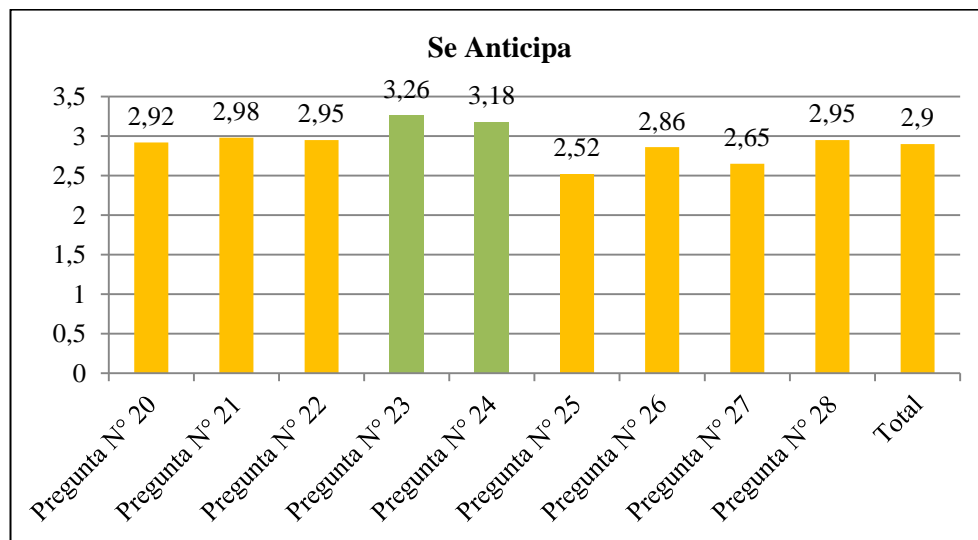


Gráfico N°8: Promedios de percepción de cuidado de categoría 4: Se anticipa.

El profesional de enfermería no está haciendo participe de los cuidados a los pacientes, esto se refleja en los resultados obtenidos que manifiestan un riesgo de deshumanización en actividades como asegurar la privacidad de los pacientes, planificar las labores clínicas en desacuerdo a las necesidades de las personas atendidas como por ejemplo horarios de baño, sumado a esto se evidencia una falta de empatía por parte del profesional de enfermería como cuando no le explica a las personas que las primeras veces en contexto son las más difíciles.

El mejor resultado que se encuentra dentro de cuidado humanizado hace alusión a la capacidad de enfoque y concentración del profesional de enfermería en el su labor clínica con los pacientes y el peor resultado refleja un riesgo de un cuidado deshumanizado dicta que hay una falta de ofrecimiento de alternativas a los pacientes en sus actividades intrahospitalarias.

Dentro de la globalidad el profesional de enfermería en la categoría de se anticipa presenta un riesgo de cuidado deshumanizado (*Ver anexo 4: tabla de la percepción de la categoría se anticipa*).

Percepción de los pacientes categoría Mantiene Relación de Confianza:

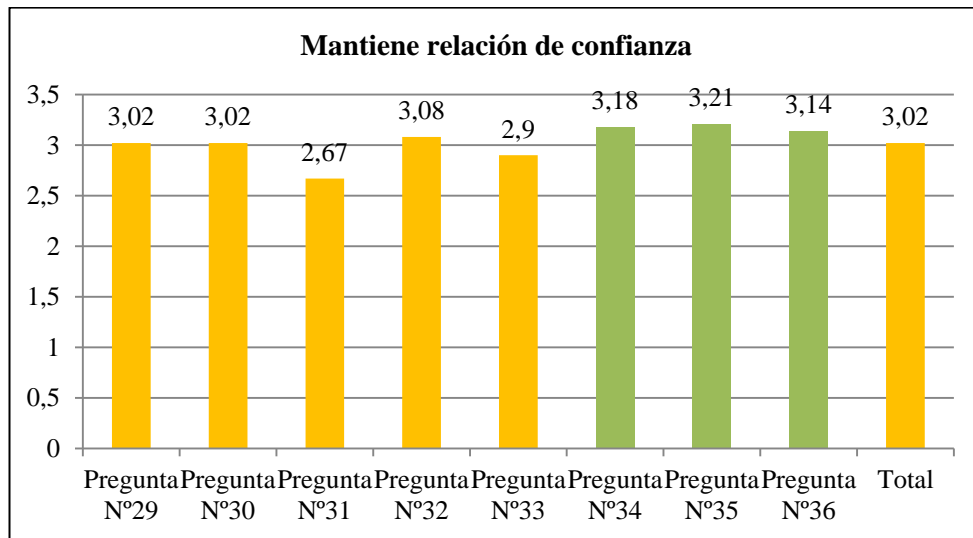


Gráfico N°9: Promedios de percepción de cuidado de categoría 5: Mantiene relación de confianza.

Dentro de esta categoría los mejores resultados lo obtienen las últimas tres preguntas de las cuales se desliga un protocolo de atención tales como la identificación de los pacientes, los cinco correctos.

Los resultados que indican un riesgo de cuidado deshumanizado demuestran que los enfermeros no le dan la confianza suficiente a los pacientes para clarificar sus pensamientos respecto a su enfermedad y tratamiento, expresar sus sentimientos, y acoger a sus familias de buena manera. Una causa probable es la sobrecarga laboral y la falta de los profesionales que den abasto en la atención de los pacientes.

Mantiene relación de confianza presenta un riesgo de cuidado deshumanizado (*Ver anexo 5: tabla de la percepción de la categoría mantiene relación de confianza*).

Percepción de los pacientes categoría Monitorea y Hace Seguimiento:

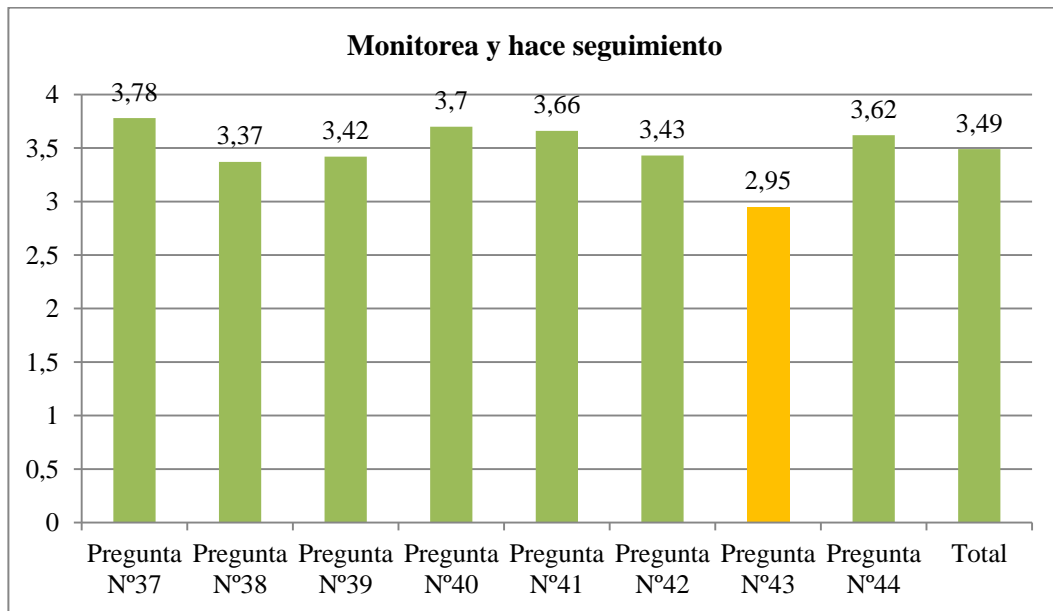


Gráfico N°10: Promedios de percepción de cuidado de categoría 6: Monitorea y hace seguimiento.

Dentro de la categoría monitorea y hace seguimiento podemos encontrar que hace referencia a un cuidado humanizado y de calidad. Solo se aprecia que presenta un ítem en rango de riesgo de deshumanización, el cual hace referencia a la preocupación de la enfermera por que los demás sepan cómo cuidar del paciente, esto quizá se deba a que el paciente no logra ver la coordinación que existe entre el equipo de salud para la mejor recuperación del mismo y así otorgar una cuidado transversal y de calidad (*Ver anexo 6: tabla de la percepción de la categoría monitorea y hace seguimiento*).

4.2.2 Correlación de datos

4.2.2.1 Percepción del cuidado según días hospitalizados

Categoría	Días Hospitalizados			
	3-9 días	10-19 días	Sobre 20	Total
	Media	Media	Media	Media
ACCESIBILIDAD	3,14	3,03	3,22	3,13
EXPLICA Y FACILITA	3,35	3,43	3,5	3,43
CONFORTA	2,89	2,89	2,98	2,92
SE ANTICIPA	2,85	2,78	3,09	2,91
MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA	2,91	2,98	3,34	3,08
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO	3,51	3,08	3,56	3,38
Total	3,1	3,03	3,28	3,14

Tabla N° 8: Percepción del cuidado según días hospitalizados

3 – 9 días: Dentro de este rango podemos encontrar que la categoría accesibilidad arroja ser el punto más deficiente es el de “se anticipa” seguido por la categoría “conforta”.

Esto puede deberse a que el profesional enfermero está sometido a un estrés constante al tener a cargo una cantidad abundante de personas a su cargo, lo que puede denotar acciones rápidas poco empáticas para poder cumplir de una mejor forma las labores que se les encomienda y entra al rango de riesgo de deshumanización.

Los mejores resultados obtenidos son en la categoría “monitorea y hace seguimiento” en los que las personas sienten que la enfermera se preocupa de mantener una buena organización y hace ver a un profesional seguro de lo que hace y así, favorecer una mejor recuperación y atención de calidad, dejando una referencia de que este cuidado es humanizado.

10 – 19 días: En este rango también se da por resuelto a opinión de los pacientes que lo menos demostrado quizás o el lado más deficientes es la categoría “se anticipa”. Se logra ver que disminuye aún más la opinión al avanzado un par de días. Detrás le sigue sin variar la categoría “conforta”.

Como mejor resultado se tiene que “explica y facilita” se logra imponer, asociado a la formación del profesional enfermero que se refuerza en la educación a pacientes, dando de forma clara y sencilla respuesta a las dudas que puedan tener sobre su estado de salud u otra índole, aportando a un cuidado humano y de calidad.

Sobre 20 días: Se puede apreciar que pasado los 20 días varían las opiniones de las personas encuestadas por sobre los cuidados entregados por la enfermera calificándolos como humanizados en general. La media más baja se obtiene en la categoría “conforta”, que a lo largo de los días se mantiene clasificada como en riesgo de deshumanización con un declive por sobre los 20 días. La categoría más alta se muestra nuevamente “monitorea y hace seguimiento” con lo que podemos corroborar la fuerte formación enfermera en la educación y formación profesional adecuada, dejando una totalidad al pasar los días en el rango de cuidado humanizado.

4.2.2.2 Percepción del cuidado según rango de edad

Categoría	Edad					
	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	Sobre 60 años	Total
	Media	Media	Media	Media	Media	Media
ACCESIBILIDAD	2,73	3,31	3,1	3,05	3,35	3,11
EXPLICA Y FACILITA	3,56	3,38	3,14	3,39	3,44	3,38
CONFORTA	2,52	2,81	2,94	2,94	3,01	2,84
SE ANTICIPA	2,42	2,78	2,87	3,01	3	2,82
MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA	2,64	3,13	2,92	2,9	3,23	2,96
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO	3,12	3,75	3,28	3,51	3,6	3,45
Total	2,83	3,19	3,04	3,13	3,27	3,09

Tabla N° 9: Percepción del cuidado según rango de edad

20 – 29 años: Según edad se logra apreciar un sobresaliente en la categoría “explica y facilita” en este rango, lo que lo apunta como cuidado humanizado en este joven rango. En el otro extremo se encuentra la categoría “se anticipa”, la que recibe una menor calificación, ubicándolo en riesgo de deshumanización al igual que el total de este rango de edad. En base a esto podemos apreciar una enfermera con poca empatía quizá, que superada por las necesidades del servicio u otro factor adyacente, logra provocar ese impacto en las personas a las que se presta el cuidado.

Entre los 30 y 49 años aflora un predominio de la opinión de las personas en la categoría “monitorea y hace seguimiento” el cual se ve en acenso hacia los 50 y sobre 60 años de edad, esto puede arrojar que a mayor edad el nivel de satisfacción aumenta, dando como resultado la entrega de un cuidado humanizado. Por otra parte podemos apreciar que entre los 30 y 49 se comparte en la mínima a la categoría “se anticipa” con una categorización de riesgo de deshumanización y ya avanzando en los años podemos observar un leve repunte de esta categoría quedando por sobre la categoría “conforta” débilmente para luego volver al puntaje más bajo ya a los 60 años, en todo este periodo dejando un valor en riesgo de deshumanización. Por lo que mientras avanzan los años podemos darnos cuenta que las personas logran apreciar y conocer a los profesionales enfermeros, en cuando a confiar en sus conocimientos, pero deja en deuda una forma más empática quizá, por parte del profesional, y relaciones interpersonales para con las personas a las que se está cuidando para lograr un cuidado humanizado y de calidad.

4.2.2.3 Percepción del cuidado según servicio de procedencia

Categoría	Servicio	Media	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
ACCESIBILIDAD	Medicina	2,99	3,83	3,17	1,33	3,83
	Cirugía	3,13	3,83	3,20	1,33	4,00
	Traumato	3,07	2,50	3,00	2,17	4,00
	Urología	3,45	3,50	3,50	2,17	4,00
	Total	3,16	4,00	3,33	1,33	4,00
EXPLICA Y FACILITA	Medicina	3,56	4,00	3,75	2,50	4,00
	Cirugía	3,34	4,00	3,50	1,50	4,00
	Traumato	3,40	4,00	3,50	2,50	4,00
	Urología	3,38	4,00	3,75	1,50	4,00
	Total	3,39	4,00	3,58	1,50	4,00
CONFORTA	Medicina	2,87	2,75	2,88	1,00	4,00

	Cirugía	2,91	3,89	3,00	1,22	4,00
	Traumato	2,82	2,00	2,78	2,00	3,89
	Urología	3,05	3,00	3,11	2,00	3,78
	Total	2,91	3,00	3,00	1,00	4,00
SE ANTICIPA	Medicina	2,63	2,67	2,67	1,00	3,89
	Cirugía	3,02	3,00	3,00	1,11	4,00
	Traumato	2,67	1,78	2,56	1,44	4,00
	Urología	3,18	3,44	3,44	1,56	3,89
	Total	2,90	3,44	3,00	1,00	4,00
MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA	Medicina	2,55	3,50	2,48	1,00	3,88
	Cirugía	3,19	4,00	3,50	1,13	4,00
	Traumato	2,84	4,00	3,00	1,00	4,00
	Urología	3,27	3,75	3,44	2,25	4,00
	Total	3,02	4,00	3,25	1,00	4,00
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO	Medicina	3,41	4,00	3,81	1,43	4,00
	Cirugía	3,50	4,00	3,86	1,86	4,00
	Traumato	3,38	4,00	3,63	1,50	4,00
	Urología	3,70	4,00	3,75	3,13	4,00
	Total	3,49	4,00	3,75	1,43	4,00

Tabla N° 10: Percepción del cuidado según servicio de procedencia

- **Accesibilidad:**

Viendo en esta categoría podemos apreciar que se ve un cuidado humanizado en principalmente en el servicio de urología con la calificación más alta, esto otorgándolo tal vez a la cantidad de pacientes que tenía el servicio, los que no eran tan abundantes. Al otro extremo se ubica el servicio de medicina, en el que encontramos una leve distancia del rango esperado y

recae en riesgo de deshumanización por parte del profesional enfermero, teniendo en cuenta la cantidad superior de pacientes que posee dicho servicio y los trabajos que allí se emplean; sin embargo logra recaer en general en un cuidado humanizado por parte de esta categoría.

- **Explica y facilita:**

En esta categoría como se viene viendo desde las tablas anteriores se mantiene con un rango de humanización del cuidado optima en base a una buena comunicación entre el profesional enfermero con las personas atendidas. Como eje destacable podemos mencionar al servicio de medicina como el que posee una mayor puntaje por parte de las personas categorizándolo como cuidado humanizado y a cirugía como la menos evaluada la que igualmente se encuentra en rango de cuidado humanizado.

- **Conforta:**

Esta categoría presenta una mayor calificación en el servicio de urología como se podría apreciar también en accesibilidad denota aun así, un riesgo de deshumanización del cuidado como en todos los demás servicios de esta categoría con muy bajos resultados, los que se arrastran a través de las distintas clasificaciones.

- **Se anticipa:**

En esta categoría volvemos a presentar una clasificación de riesgo de deshumanización del cuidado, lo que hace ver que las personas atendidas no sienten que el profesional este antelando las complicaciones que pudiesen presentar en un futuro cercano. El rango más bajo se da en el servicio de medicina y el mayor en el servicio de urología nuevamente, aunque no logran pasar a la categoría de humanizado, quizá asociado aun el máximo de urología con la cantidad reducida de pacientes.

- **Mantiene relación de confianza:**

Al igual que las otras clasificaciones de edad y días hospitalizado esta categoría se comporta a la baja, con un rango de riesgo de deshumanización, lo que nos indica que levemente se aleja de una atención de calidad y humanizada, si bien aún no se encuentra en completa deshumanización el riesgo existe y es lo que debe de alertar, teniendo un máximo alcanzado dentro de rango de humanización el servicio de urología y a la baja se presenta medicina, si bien por los tipos de trabajos empleados en cada servicio influyen por parte del profesional enfermero para este tipo de resultados.

- **Monitorea y hace seguimiento:**

Esta categoría se presenta como una de las mejores evaluadas por las personas en los distintos servicios, como viene presentándose en las tablas anteriores. Mantenemos un valor elevado en urología y una media menor en traumatología, pero ambas si abandonar el rango de cuidado humanizado pese a ser la más baja. Debido a esto es que podemos afirmar en esta categoría que se entrega un cuidado de calidad y humanizado pro parte del profesional enfermero.

Categoría		Servicio				
		Medicina	Cirugía	Traumatología	Urología	Total
ACCESIBILIDAD	Media	2,99	3,13	3,07	3,45	3,16
EXPLICITA	Media	3,56	3,34	3,40	3,38	3,39
CONFORTA	Media	2,87	2,91	2,82	3,05	2,91
SE ANTICIPA	Media	2,63	3,02	2,67	3,18	2,90

MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA	Media	2,55	3,19	2,84	3,27	3,02
MONITOREA Y HA-CE SEGUIMIENTO	Media	3,41	3,50	3,38	3,70	3,49
Total	Media	2,94	3,16	2,99	3,32	3,11

Tabla N° 11: Medias totales de la percepción del cuidado según servicio de procedencia

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 Discusión

Luego de analizar los resultados y comparar las variables en base a los rangos establecidos, procederemos a desarrollar la discusión de este tema comparándolo con la teoría de Jean Watson y otros autores.

Como pudimos observar en el capítulo anterior, el promedio total que se obtuvo como resultado de la investigación, nos arroja que los profesionales enfermeros que trabajan en los servicios encuestados demuestran un cuidado humanizado durante la mayor parte del tiempo.

Es considerable recalcar, que cada persona es un ser único, y existen diferentes formas de evaluar o sentir un hecho. Por ejemplo, según Paula Ceballos (5), cuando el profesional enfermero realiza un procedimiento bien técnicamente no es tan importante para el usuario como hacerlo con entrega y simpatía.

Vemos que la mayor parte de los encuestados tienen entre 3 a 9 días de hospitalización, y el promedio de la variable Accesibilidad es de cuidado humanizado, siendo similar en las personas con mayor tiempo de estadía en el hospital. Este resultado, que mide el acercamiento de

la enfermera a la persona, nos demuestra un cuidado humanizado la mayor parte del tiempo, pero al analizar de forma detallada cada pregunta, hallamos, resultados menores, en las dos primeras preguntas.

Observamos, en la primera pregunta, un promedio de cuidado no humanizado en donde los encuestados señalan que el profesional nunca o escasamente se aproxima para ofrecer medidas para el alivio del dolor no invasivas, no observando entonces, uno de los constructos éticos principales que según Gosia Brykczynska (12), es la compasión. Quien se compadece del sufrimiento ajeno, no puede quedarse quieto e impertérrito frente a la situación del otro, si no que trata de hacer todo lo que está a su alcance para mejorar dicha situación.

Pareciera ser, a causa del trabajo de gestión, que se debe realizar ha traído consecuencias ya que se ha centrado en el quehacer administrativo, dejando de lado realizar estas acciones que son fundamentales para cada persona atendida. La gestión es importante para organizar los cuidados con los recursos suficientes (5), pero no lo es todo para la enfermería; jamás se debe olvidar que la base ética de los cuidados es la compasión, y el requisito indispensable para la compasión es la percepción de la vulnerabilidad ajena, consiste en darse cuenta de la situación de sufrimiento en que viven los demás. Si el profesional enfermero está pendiente solo de realizar tareas administrativas, y no observando el estado anímico de las personas, o negándose a realizar acciones “pequeñas”, como analizamos en la segunda pregunta, con un resultado también de cuidado no humanizado, para los individuos, se viola este punto ético.

Según rango de edad, entre los 20 a 29 años se encuentra el promedio más bajo. De acuerdo a Philipe Rice (22), los adultos alcanzan el pensamiento dialéctico (que consiste en la capacidad de considerar puntos de vista opuestos en forma simultánea, aceptando la existencia de contradicciones) se caracterizan porque aprecian más las opiniones contrarias y han aprendido a vivir con ellas, esto quiere decir que los adultos jóvenes tienden plantear mejor sus opiniones, y los adultos mayores tienen capacidad de adaptación mucho mayor a las situaciones que los jóvenes (23).

La percepción según servicio, los resultados indican que el servicio de medicina es el con menor promedio 2.99, el cual es considerado cuidado no humanizado.

En la variable explica y facilita, destaca las personas que tienen más de 20 días de hospitalización, con un promedio que se considera que es un cuidado humanizado. Esto se debe, a que al estar las personas durante mayor tiempo, reciben mayor información de su estado de salud, y se establece, en su mayoría, una relación de confianza con el profesional enfermero para realizar preguntas con más facilidad, se comprueba, esto, al observar los promedios, que decrecen proporcionalmente al número de días de hospitalización.

Y según rango de edad, en la segunda variable todos corresponden a un promedio de cuidado humanizado.

Para Watson (2), este factor es importante porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud de la persona. Estas técnicas de enseñanza-aprendizaje permiten que la persona atendida realice el autocuidado personal, determina las necesidades personales y ofrece oportunidades para su crecimiento personal.

El promedio de la variable conforta, en cambio, es bajo el nivel definido por este estudio como cuidado humanizado. En las personas con más de 20 días es levemente mayor, pero no sobrepasa ese nivel como promedio en los encuestados.

La pregunta número 15, que consulta acerca de que el profesional enfermero se sienta a entablar una conversación, es la peor evaluada, con un 1,80. Margarita Poblete Troncoso (4), en su investigación realizada a profesionales académicas y asistenciales menciona que el profesional enfermero asistencial presenta un promedio menor y significativo, en el ítem de establecer comunicaciones personales con el usuario, por temor a perder el control de la “situación”, entendiéndose como “situación” el ambiente rutinario y atiborrado de normas, que cohabitan enfermeros y personas atendidas en las instituciones hospitalarias. Paula Ceballos, cita:

“Es difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar en las instituciones públicas de salud, en donde parecen invisibilizarse los cuidados de enfermería por las labores biomédicas”(5). Esto nos subraya la necesidad de mantener y fortalecer las relaciones interpersonales y comunicativas con cada persona atendida, para que logre encontrar la satisfacción de las necesidades que requiere ser cubiertas.

Otra pregunta con un promedio menor fue la número 16, con un resultado en riesgo de cuidado humanizado. Esta pregunta acerca del contacto físico con la persona atendida cuando necesita consuelo. La claridad de la expresión de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar la comprensión, según Watson (2,5, 21).

En la pregunta 19 se debe involucrar a la familia de la persona atendida en su cuidado, lo cual es necesario para darle un enfoque familiar a la salud de cada individuo. El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de la una persona es posible siempre que esta sea percibida como una totalidad, según Watson (2,20). Cada persona es un ser social, que convive con un entorno cambiante todos los días, por lo tanto, el promedio en riesgo de cuidado deshumanizado que arroja como resultado esta pregunta es bajo y no aceptable, pues no se cumple la mirada holística que cada profesional enfermero debiera aplicar. Medidas como Hospital Amigo(19) no existen solamente para que los familiares ingresen a ver a sus familias a conversar, si no que para hacerlos parte del cuidado de la persona atendida, para favorecer la recuperación de la salud y la reinserción social.

Respecto a los rangos de edad, entre los 20 a 59 años, en esta variable, se considera cuidado no humanizado, por el contrario las personas mayores a 60 años evalúan esta variable como humanizada.

La variable Anticipa, tuvo un promedio en riesgo de cuidado deshumanizado en personas con 10 a 19 días de hospitalización y en personas entre 3 a 9 días. Solo se observa un promedio mayor en personas con más de 20 días. Esto se puede atribuir al mayor conocimiento que se tiene de los individuos conforme van pasando los días. Los cuidados planteados con

anterioridad, se toman más en cuenta, para prevención de futuras complicaciones y aumento de la estadía en el servicio.

La planificación de las intervenciones de enfermería debe ir de acuerdo al estado actual del momento. Watson nos recuerda que el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico (2,21).

Según rango de edad, en esta variable, entre los 20 a 49 años se considera que se ha entregado un cuidado que no es humanizado, por el contrario, sobre los 50 años se considera que se entrega un cuidado humanizado. Respecto a esto se observa que el profesional enfermero está más atento a prevenir complicaciones de los adultos mayores a 50 años.

Como posible causa por el resultado no humanizado en la variable, tenemos a Margarita Poblete Troncoso (4), en su tesis doctoral: *Cuidado Humanizado: Percepción de autoeficacia de enfermeras académicas y asistenciales*, nos demuestra en el resultado de su estudio CES, que en las enfermeras asistenciales existe una menor auto-eficiencia para establecer una conversación personal con el paciente, y con temor a perder el control. Señala, que esta dificultad está determinada por la visión biomédica de los servicios sanitarios, que no permiten que el cuidado humanizado sea visible, al sobrecargar a los profesionales enfermeros con gran número de acciones delegadas y procedimientos técnicos complejos, determinando una conducta institucionalizadas en estos profesionales, que se traducen en una escasa comunicación con el usuario.

Respecto a la variable mantiene relación de confianza, Watson (2), nos apunta, que el desarrollo de una relación de ayuda-confianza es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos negativos como los positivos. Esta variable en esta investigación arrojó un promedio positivo en las personas con más de 20 días de hospitalización, y las personas hospitalizadas entre 3 a 19 días tuvieron como resultado un cuidado deshumanizado.

Cuando se ofrece un trato con cortesía, de manera empática, demostrando el interés por cada paciente, permite que este se siente un ser único, y que se siente como persona que recibe la atención oportuna, no importa lo que pase a su alrededor. La expresión de los sentimientos, dialogando, ayudando la expresión de miedos y angustias, permite disminuir la frustración causada por la enfermedad.

Según el rango de edad entre los 20 a 29 años y entre los 40 a 59 años nuestra investigación arrojó como resultado un cuidado no humanizado, por el contrario, entre los 30 a 39 años y sobre los 60 años el cuidado entregado es humanizado. Estos resultados no mantienen correlación, no pudiendo determinar relación con otras teorías o posibles causas.

En variable monitorea y hace seguimiento, según días hospitalizados, todos los rangos obtuvieron como resultado un cuidado humanizado. Ésta implica un conocimiento propio de cada usuario y dominio de lo científico técnico. Se observa en esta variable un cuidado humanizado la mayor parte del tiempo excepto en la pregunta 43 que tuvo un promedio en riesgo de cuidado deshumanizado. Esta pregunta muestra si el profesional enfermero se asegura que el resto del equipo de enfermería sepa cómo cuidar a la persona atendida. Este proceso es fundamental en la continuidad de cuidados, y la persona atendida debe estar consciente de esto, y tener la confianza para con todo el equipo de salud para que se le brinde el mejor cuidado.

Respecto al rango de edad en esta variable, todos resultaron ser un cuidado humanizado. Siendo el promedio menor entre 20 a 29 años.

Es por esto, que a pesar del resultado favorable que se ha obtenido en esta investigación, no se debe dejar de lado los ítems que se hallaron con resultados deficientes, sobre todo las relaciones interpersonales que deben ser cultivadas y utilizadas, no solamente realizar correctamente todo lo relacionado con el ámbito clínico de la atención, recordando los valores altruistas que son enseñados durante la formación del profesional enfermero, y constituyen su ser. Como parte de este rescate en los diversos aspectos mencionados podemos acogernos a lo que Watson dice de la enfermería en la definición de su meta-paradigma: *“la enfermería es un arte*

cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta” (2).

Resaltando estos dos dichos de Watson, podemos denotar lo esencial que se vuelve el cuidado humano. Que es una de las bases de éste y que, puede engrandecer enormemente las labores de la enfermera. Si bien la investigación arroja un cuidado humanizado, hay gestos y actitudes que en su simpleza no son utilizados, quizá por las enormes cargas de tareas administrativas para con el personal de enfermería que incluye el sistema de salud o bien falta propia de la persona en su expresar, indiferente el motivo, que refleja a un aspecto importante para fortalecer el cuidado de enfermería y un gran aporte para la recuperación de la persona, hacerlo sentir cómodo y confiado en su estadía en el hospital, un lugar desconocido para muchos y poco amistoso, que con un poco de empatía y optimismo por parte de los profesionales puede ayudar a conllevar mejor aún la recuperación inminente de una persona que quizá, tan solo necesita un gesto de aprecio para poner mayor empuje en su recuperación. Y para terminar, nos gustaría citar una indicación de enfermería común en las hojas de cada paciente de los servicios pediátricos de nuestra región al momento de planificar sus cuidados, la cual sería digno de imitar en cada planificación de los profesionales en los distintos servicios del hospital; *“Cariño en la atención”*.

5.2 Conclusiones

A partir del instrumento creado por Patricia Larson, Care-Q, basado en la teoría de Jean Watson, es posible medir objetivamente las opiniones de las personas atendidas en los servicios hospitalarios acerca del cuidado otorgado por los profesionales enfermeros, determinando si es humanizado o no lo es.

Los resultados del estudio, muestran en su promedio general, un cuidado humanizado, rechazando la hipótesis de trabajo que dio comienzo a esta investigación. Sin embargo, al entrar en detalle en el resultado de las medias totales de las 6 dimensiones según una correlación de

datos podemos darnos cuenta que el pormenor nos da resultados en riesgo de cuidado deshumanizado.

En la categoría “Se anticipa” según la percepción del cuidado según días de hospitalización” los pacientes entre 10-19 días presentaron un “riesgo de cuidado deshumanizado”, la misma categoría y “Conforta” obtienen resultado igualmente menor, a pesar del aumento de los días de hospitalización. Se observa algo similar según rango de edad. Cabe destacar que entre los pacientes de 20-29 años son los pacientes que manifiestan peores percepciones del cuidado.

Según servicio, las mayores medias de la percepción del cuidado de categoría según servicio de procedencia la alcanza la unidad de Urología, en promedio, y la media menor, la obtiene el servicio de Medicina. El servicio de medicina presenta las menores medias en la percepción del cuidado en total, las que indican un riesgo de cuidado humanizado en las categorías de accesibilidad, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza.

Las mayores medias en la percepción del cuidado las tienen las categorías que hacen alusión a los quehaceres propios del profesional de enfermería como lo son las categorías de explica y facilita y monitorea y hace seguimiento por el contrario las medias menores hacen referencia a las cualidades interpersonales como lo reflejan las categorías de “conforta”, “se anticipa” y “mantiene relación de confianza”. Dentro de las 44 preguntas del instrumento, la única pregunta que refleja un resultado que entra dentro del criterio de cuidado deshumanizado es la n°15: “el profesional enfermero se sienta a mi lado” que pertenece justamente a una de las categorías ya mencionadas, la categoría de conforta.

Estos resultados, se compararon con la teoría de Jean Watson, quien nos muestra que el cuidado es una relación transpersonal, e intersubjetivo; siendo necesario comprender los sentimientos de cada persona, y además, ser capaz de lograr retribuir a las personas y realizar una acción frente a las necesidades con déficit para otorgar un cuidado humanizado (2).

Cada persona que responde a la investigación, es un ser único, que ha tenido diferentes experiencias con el profesional enfermero durante su estadía en el hospital, teniendo necesidades distintas, pero que espera de los profesionales de enfermería un cuidado abnegado con él y su familia, es por eso, es importante conocer cuáles son las causas de los resultados menores obtenidos en ciertas categorías o preguntas puntuales, para lograr alcanzar con el tiempo, una óptima atención en todas las categorías, y así, conseguir que la mayor parte de las personas perciban, como resultado un cuidado totalmente humanizado en la mayor parte del tiempo.

5.3 Sugerencias

Se aconseja destinar tiempo para conversar con los pacientes, sentándose a su lado, y conocer sus inquietudes, dependiendo esto de la realidad de cada servicio y el nivel de complejidad que presenta.

Realizar estudio investigación para determinar causas de resultados riesgo de humanización en ciertas categorías como “Conforta”, “Se anticipa” y “Mantiene relación de confianza”.

Podría ser útil el realizar charlas o reuniones en donde se instale el tema de la humanización del cuidado, en donde además se invite a realizar un autoanálisis de cada profesional respecto a sus propias competencias interpersonales, además sería provechoso el incentivar a emerger las competencias interpersonales de los nuevos profesionales de enfermería que se integran a los servicios.

Realizar otros estudios de investigación para determinar causas de diferencias de resultados en la percepción del cuidado de los diferentes servicios en especial en medicina.

CAPÍTULO 6

BIBLIOGRAFÍA

1. De Almeida, I., Paes, M. 2007, Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasilia 546-551.
2. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm [revista electrónica]*. 2007 Sept [cited 2007 sept]; 20(4)499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
3. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. *Actual Enferm* 2007; 10 (4): 15-21.
4. Poblete T. M. Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales. (tesis doctoral). Concepción: Universidad de Concepción; 2009
5. Ceballos V. P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y enfermería XVI* (1), [2010,31-34]
6. Lee M. The impact of work stressors on caring Behaveors nurses and profesional, job satisfaction among nurses in Taiwan (Doctoral Tesis). San Francisco: University California
7. Borrell F. El modelo biosicosocial en evolución. *MedClin (Barc)* 2002; 119 (5): 178-9. Disponible en <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/bps.pdf> Consultado el 23 de Noviembre 2012.
8. Watson J. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York, UnitesStates :Springer Publishing Company ; 2002. Pág. 25-27, 50-52
9. Estefo S., Paravic T. ENFERMERÍA EN EL ROL DE GESTORA DE LOS CUIDADOS. *Ciencia y enfermería*. [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2012 Oct 20] ; 16(3): 33-39. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532010000300005.
10. Espinoza L.M., Huerta K. B., Pantoja J. Q., Velásquez W. C., Cubas D.C., Ramos A.V. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho.

2010 Octubre. [Citado 2014 febrero 10]. Disponible en:
www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.pdf

11. Corbani N, Brêtas A, Matheus M. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. *Revista brasileiraenfermería*. [serial onthe Internet]. 2009 June ; 62(3): 349-354. Availablefrom: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300003>
12. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. *Enfermería Intensiva* 2000;11(3):136-42
13. Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Mayor F. Concepciones de Nightingale a Parse. *El Pensamiento enfermero*. Barcelona, España :Elsevier; 1996. Pág. 45
14. Zarate Grajales Rosa A.. *La Gestión del Cuidado de Enfermería*. Index *Enfermería* [revista en la Internet]. 2004 Jun ; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.
15. Bastías G. Valdivia G. Reforma de salud en Chile; el plan Auge o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución. *Escuela Medicina UC*. 2007[citado 2012 Nov 26].;32(2):2. Disponible en <http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges.html>
16. Milos H Paulina, Bórquez P Blanca, Larraín S Ana Isabel. LA "GESTIÓN DEL CUIDADO" EN LA LEGISLACIÓN CHILENA: INTERPRETACIÓN Y ALCANCE. *Ciencia y enfermería*. [revista en la Internet]. 2010 [citado 2012 Oct 21] ; 16(1): 17-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532010000100003.
17. Subsecretaría de redes asistenciales, departamento de asesoría jurídica. APRUEBA NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA N° 19, "GESTION DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCION CERRADA". 2007; Página 1-6
18. Ley 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2012 Octubre. [citado 2012 Nov 26]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20584>
19. Gobierno de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de Redes, Departamento de hospitales. *Orientaciones de Hospital Amigo*. 2007 Julio [citado 2012 Nov 26]. Disponible en:

<http://www.ssmso.cl/tmparchivos/transparente/ParticipacionCiudadana/HospitalAmigo/HospitalAmigo.pdf>

20. Troncoso M.P., Valenzuela S.S., Merino J. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal, basadas en la teoría de Jean Watson. Aquichan 2012;12 [1]: 3-4
21. Raile M., Marriner A. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. Modelos y teorías en enfermería. 7ed. España :Elsevier; 2011. Pag 94-96
22. Rice P. Desarrollo intelectual del joven. [Online], [Citado en 2014 Febrero 03]. Disponible en : <http://www.adultojoventpsicologia.blogspot.com>
23. Universidad Católica de Chile. Aspectos psicológicos del envejecimiento.[Online], [Citado en 2014 Enero 30]. Disponible en : http://www.7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/mayor/cic_frame.htm
24. Nightingale, F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Elsevier Masson: Barcelona, España 1990.

ANEXOS

Anexo N°1: Tabla percepción de los pacientes de la categoría accesibilidad

Ítems accesibilidad	Media	Desviación estándar	Varianza
1.- Frecuentemente el profesional enfermero se me aproxima, por ejemplo, ofreciéndome los medicamentos para el dolor, masaje en la espalda, etc.	2,84	1,14	1,31
2.- El profesional enfermero se ofrece como voluntario para hacer "pequeñas" cosas por mí, por ejemplo, traerme una taza de café, papel, etc.	2,67	1,35	1,83
3.- El profesional enfermero me da los tratamientos y los medicamentos a tiempo.	3,42	0,98	0,96

4.- El profesional enfermero verifica mi estado de salud frecuentemente.	3,59	0,74	0,55
5.- El profesional enfermero da una respuesta rápida a mis peticiones.	3,29	0,84	0,71
6.- El profesional enfermero me anima a llamar o pedir ayuda si tengo problemas.	3,13	1,14	1,31
Total	3,16	0,68	0,47

Anexo N° 2: Tabla de la percepción de los pacientes de la categoría explica y facilita.

Ítems Explica y facilita	Media	Desviación estándar	Varianza
7.- El profesional enfermero me ayuda a no sentirme inferior al darme la información adecuada.	3,22	1,01	1,01
8.- El profesional enfermero me dice en un lenguaje comprensible, lo que es importante acerca de mi enfermedad y el tratamiento.	3,41	0,92	0,85
9.- El profesional enfermero me enseña a cuidar de mí mismo/a siempre que sea posible.	3,32	1,00	1,00
10.- El profesional enfermero es honesto acerca mi estado de salud.	3,66	0,67	0,45
TOTAL	3,39	0,69	0,47

Anexo N°3: Tabla de la percepción de los pacientes de la categoría conforta.

Ítems conforta	Media	Desviación estándar	Varianza
11.- El profesional enfermero me brinda medidas básicas de confort, como la iluminación apropiada, control de ruido, mantas suficientes, etc.	3,08	1,10	1,21

12.- El profesional enfermero me proporciona estímulos mediante la identificación de elementos positivos relacionados con mi estado de salud y tratamiento.	3,00	1,02	1,03
13.- El profesional enfermero tiene paciencia hasta con los pacientes «difíciles».	3,46	0,84	0,70
14.- El profesional enfermero es alegre.	3,24	0,93	0,86
15.- El profesional enfermero se sienta a mi lado.	1,80	1,09	1,19
16.- Cuando necesito consuelo recibo apoyo del profesional enfermero.	2,75	1,17	1,37
17.- El profesional enfermero me escucha.	3,26	0,95	0,90
18.- El profesional enfermero habla conmigo.	3,11	1,02	1,04
19.- El profesional enfermero hace partícipes a mi familia y a otras personas importantes en mi cuidado.	2,57	1,24	1,54
Total	3,39	0,69	0,47

Anexo N°4: Tabla de la percepción de los pacientes de la categoría se anticipa.

Ítems se anticipa	Media	Desviación estándar	Varianza
20.- El profesional enfermero sabe cuando estoy cansado y frente a ello, por ejemplo, reorganiza los exámenes, visitas y asegura mi privacidad.	2,92	1,17	1,36
21.- El profesional enfermero está atento a mis necesidades, planifica y actúa en base a eso, por ejemplo, me da medicamentos contra las náuseas, si sabe que la medicación recibida diariamente probablemente inducirá esto.	2,98	1,17	1,36
22.- El profesional enfermero me anticipa que las "primeras veces" son las más difíciles y ponen especial atención durante este tiempo.	2,95	1,15	1,33
23.- El profesional enfermero se concentra sólo en mí, cuando me están atendiendo.	3,26	0,97	0,93
24.- Aunque yo esté en un periodo o fase crítica el profesional enfermero permanece con interés en mí.	3,18	0,95	0,90

25.- El profesional enfermero me ofrece alternativas razonables, como la elección de la hora de las citas, horarios de baño, etc	2,52	1,24	1,54
26.- El profesional enfermero me ayuda a establecer objetivos realistas.	2,86	1,18	1,40
27.- El profesional enfermero percibe el mejor momento para hablar conmigo sobre los cambios en mi condición.	2,65	1,14	1,30
28.- El profesional enfermero comprueba mi estado de ánimo antes de iniciar cualquier acción.	2,95	1,12	1,25
Total	2,90	0,83	0,69

Anexo N°5: Tabla de la percepción de los pacientes de la categoría mantiene relación de confianza.

Ítems mantiene relación de confianza	Media	Desviación estándar	Varianza
29.- El profesional enfermero me ayuda a clarificar mi pensamiento en lo que se refiere a mi enfermedad y tratamientos.	3,02	1,14	1,31
30.- El profesional enfermero me anima a hacerle cualquier pregunta que yo pueda tener.	3,02	1,20	1,43
31.- El profesional enfermero me coloca en primer lugar, no importa lo que pase.	2,67	1,16	1,34
32.- El profesional enfermero es agradable y acogedor con mi familia y otras personas importantes.	3,08	1,12	1,26
33.- El profesional enfermero me permite expresar mis sentimientos acerca de mi enfermedad y el tratamiento completo, y el tratamiento de la información confidencial.	2,90	1,16	1,35
34.- El profesional enfermero tiene un enfoque coherente conmigo.	3,18	1,07	1,15
35.- El profesional enfermero me conoce como una persona individual.	3,21	1,11	1,23
36.- El profesional enfermero se presenta y me dice qué es lo que hará.	3,14	1,09	1,19

Total	3,02	0,86	0,75
-------	------	------	------

Anexo N°6: Tabla de la percepción de los pacientes de la categoría monitorea y hace seguimiento.

Ítems monitorea y hace seguimiento	Media	Desviación estándar	Varianza
37.- El profesional enfermero es profesional en su apariencia, usa ropa adecuada con identificación.	3,78	0,52	0,27
38.- El profesional enfermero se asegura que la programación de citas profesionales, por ejemplo, rayos X, los procedimientos especiales, etc sean realistas a mi condición de salud y la situación en que estoy.	3,37	1,01	1,02
39.- Percibo que el personal enfermero es muy organizado al otorgarme el cuidado.	3,42	0,93	0,86
40.- El profesional enfermero muestra seguridad al realizar técnicas o utilizar equipos que se utilizan para mi cuidado.	3,70	0,71	0,50
41.- Observo tranquilo al profesional enfermero.	3,66	0,73	0,54
42.- El profesional enfermero me otorga un buen cuidado físico.	3,43	0,90	0,81
43.- El profesional enfermero se asegura de que los demás sepan cómo cuidar de mí.	2,95	1,18	1,40
44.- El profesional enfermero sabe cuándo llamar al médico	3,62	0,86	0,73
Total	3,49	0,66	0,44

Anexo N°7: Anexo N°20A

**Formulario de solicitud de evaluación de protocolos de investigación
Comité de Bioética Facultad de Medicina – CBI-FAMED**

Solicitud para la aprobación de investigación que involucre al ser humano como sujeto

de investigación, uso de muestras humanas o uso de datos personales¹

PRIMERO: ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO

“Percepción que tienen los pacientes del cuidado humanizado entregado por profesional enfermero y enfermera en los servicios de mediana complejidad medica-quirúrgica, urología y traumatología del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar”

INVESTIGADOR

RESPONSABLE: (si es una memoria de tesis: Director de la memoria de tesis y tesista).

Nombre Director : Cecilia Landman Navarro
Teléfono : 2507429
Correo electrónico cecilia.landman@uv.cl

COINVESTIGADORES

(si es tesis, nombre de co-directores)

Nombre 1 : Rocío Aranda Leiva
Teléfono : 57149768
Correo electrónico rocio.arandal@alumnos.uv.cl

Nombre 2 : Matías Caroca Mena
Teléfono : 75482453
Correo electrónico matias.carocam@alumnos.uv.cl

Nombre 3 : Débora Figueroa Robles
Teléfono : 74502998
Correo electrónico debora.figueroar@alumnos.uv.cl

Nombre 4 : Juan P. González Queiruga
Teléfono : 57088406
Correo electrónico juan.gonzalezq@alumnos.uv.cl

Nombre 5 : Constanza López Silva
Teléfono : 89621597
Correo electrónico constanza.lopezs@alumnos.uv.cl

¹Dirección de Investigación Universidad de Valparaíso (2011).

Nombre 6 :	Jacqueline Molina López
Teléfono :	76573111
Correo electrónico	jacqueline.molinal@alumnos.uv.cl

Este proyecto de investigación requiere:

Al ser humano como sujeto experimental (estudio clínico)	
Datos personales (encuestas o datos de fichas clínicas)	X
Ambos	

Uso interno del Comité

Código/numeración de solicitud	
Fecha de recepción solicitud	
Fecha Acta de Evaluación	
Fecha de Seguimiento	

MARCO TEORICO, HIPOTESIS Y OBJETIVOS

<p>En Chile así como el resto del mundo, el derecho a la salud debe ser resguardado por los organismos competentes, debiendo ser enfrentado de una manera holística e integral, con el fin de entregar la satisfacción de las necesidades básicas y el bienestar de las personas. Cada cuidado que se entrega, debe de ir con una base humanitaria hacia la persona, no debe ser meramente técnico, sino que considerando al ser humano como una persona</p>
--

única, con un componente físico, mental, psicológico y social.

Sin embargo, la práctica hospitalaria provoca una pérdida de la humanización de los cuidados, debido al desgaste en el trabajo y una excesiva carga laboral, generando que lo humano se reduzca sólo a lo biológico, dejando de lado la esencia de la enfermería: la mirada holística de todo ser humano, a lo anterior se le suma la permanencia del enfoque biomédico que segrega la esfera psicosocial de la biológica, lo que causa que la atención de salud se centre en la resolución de alguna enfermedad haciendo que el curar-cuidar se vuelva la finalidad de la atención, este estudio pretende identificar si las personas atendidas perciben el cuidado del profesional de enfermería con el carácter que Jean Watson a través de sus estudios le atribuye.

A raíz de esto surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la opinión acerca del cuidado humanizado entregado por profesional enfermero y enfermera en los pacientes hospitalizados en los servicios de mediana complejidad medica-quirúrgica, traumatología y urología del hospital Dr Gustavo Fricke, Viña del Mar durante el mes de octubre del año 2013?

Hipótesis descriptiva: La percepción de los pacientes hospitalizados acerca del cuidado de enfermería es que este no tiene un carácter de ser humanizado.

Como objetivo general: Conocer la opinión acerca del cuidado humanizado entregado por el profesional enfermero en los pacientes hospitalizados en los servicios generales del hospital Gustavo Fricke.

Objetivos específicos son:

Identificar los elementos que componen la humanización del cuidado de acuerdo a Jean Watson.

Determinar el grado de satisfacción de los pacientes respecto a las diferentes variables que definen cuidado humanizado.

Identificar el nivel de humanización de los cuidados.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo, transversal, orientado a describir la opinión de los pacientes durante la hospitalización en los servicios de mediana complejidad medica-quirúrgica, traumatología y urología del hospital Dr Gustavo Fricke.

Criterios de inclusión: Personas hospitalizadas que estén recibiendo cuidados de enfermería en el servicio seleccionado por un mínimo de 3 días consecutivos. Éstos deben ser mayores de 18 años y estar conscientes, orientados en tiempo, espacio y persona, esto determinado al aplicar la mini prueba del estado mental (MMSE) con puntaje superior a 25. Además deben hablar y entender el idioma español aunque sean de otra nacionalidad y estar capacitados físicamente para leer el documento y mediante su propia escritura responder la encuesta. Personas que hayan tenido relación con el profesional de enfermería ya sea en su cuidado o en la relación terapéutica y lo identifiquen claramente a través de preguntas incorporadas junto al consentimiento informado.

Criterios de Exclusión: Personas con compromiso neurológico y/o con compromiso de funciones motoras (que impidan responder a través de su propia escritura la encuesta), personas menores de 18 años, o que hayan sido recientemente trasladados de otros servicios, personas que al aplicar la mini prueba del estado mental (MMSE) resulten con puntaje menor a 24 y aquellos pacientes que no identifiquen al personal enfermero.

Las condiciones de aplicación del cuestionario serán las siguientes:

Medio ambiente estático: lugar protegido, como sería una sala para anamnesis, oficina u otra de similares características. Si no se dispone de infraestructura como la señalada, se realizará alrededor de la cama del paciente, teniendo el cuidado de ser cautos y delicados para seleccionar el mejor momento que no entorpezca el normal funcionamiento del servicio y la privacidad de todos los pacientes que en ese momento estarían hospitalizados y el respeto de todas las rutinas establecidas en el servicio.

Medio ambiente dinámico: respetar las dinámicas relacionales del servicio, y respeto de la autoridad que en ese momento sea responsable del servicio donde se realizará el estudio y del personal que se encuentre de turno.

Administración del cuestionario: si no se dispone de una sala especial para aplicar el instrumento o las condiciones de movilidad del paciente no lo permiten, un miembro del equipo investigador facilitará o leerá el consentimiento informado

para que de manera autónoma la persona decida respecto a la participación en el estudio, si su respuesta es afirmativa deberá firmar sin presiones; luego el paciente procederá a responder el cuestionario el investigador asumirá una actitud prudente para que responda libremente, estando disponible para cualquier consulta o comentario relacionado con el cuestionario. Si el paciente tiene alguna limitación visual y solicita que se le lea el cuestionario el miembro del equipo investigador procederá a su lectura esperando la respuesta libre del paciente sin dirigirla ni orientando la respuesta.

Previo a la aplicación de instrumento se realizara la mini prueba del estado mental (MMSE) y posterior a eso se realizarán las siguientes preguntas:

Reconoce a la enfermera (o)?

Ha sido atendido por la enfermera (o)?

El instrumento a utilizar fue desarrollado por la Dra. Patricia Larson y recibe el nombre de CaringAssesementReportEvaluation (CARE-Q)⁽¹⁾, el cual fue la primera herramienta cuantitativa para evaluar el cuidado y es la herramienta más usada en este ámbito. Este instrumento consta de 50 ítems en donde se evalúa la atención y la seguridad promovida del profesional de enfermería hacia el paciente. **Como se dispone de una versión en inglés del instrumento se realizó una traducción por el equipo investigador con asesoría de un profesional intérprete, luego se ha aplicado la técnica delphi a 13 profesionales de enfermería para la validación semántica y de contenido, para finalmente diseñar el instrumento definitivo.**

Los criterios aplicados para decidir los ítems seleccionados fueron:

ítem aprobado =100-70% respuesta positiva de expertos

ítem a modificar = 70-60% respuesta positiva de expertos

ítem a eliminar = \leq 60

El instrumento quedó constituido por 44 ítems validados

⁽¹⁾Watson J. Care Q and Care/SAT. In: Libby, Jeanne, editor. Assesing and

Measuring Caring in Nursing and Health Science. Nueva York: Springer; 2002. p. 25-28. (Utilizado con autorización por correo electrónico de Dra. Watson, el año 2012)

JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA Y RELEVANCIA DEL PROYECTO

Sabemos que la investigación es un espacio algo distante para la enfermería chilena, la cual ha estado concentrada en lo asistencial y administrativo. Aunque en los últimos años, algunas enfermeras han logrado visualizar la importancia de la investigación para nuestra disciplina. Bajo este hecho motivador, nuestro equipo de trabajo ha querido investigar la percepción del cuidado humanizado que entrega la enfermera en los pacientes hospitalizados con el fin de ayudar y dejar como base teórica a las nuevas generaciones – estudiantes de pregrado – conocimientos que entregarán a la enfermería una mayor autonomía profesional en base al cuidado humanizado. Según Watson: "La teoría del caring, reitera la necesidad de buscar un nuevo conocimiento y una nueva práctica del cuidado" (1), con lo cual consolidamos nuestro objetivo de integrar a la formación del profesional enfermero, la importancia de cuidar con empatía, con respeto, independiente del diagnóstico y de los modelos de atención que tenga para ello.

Finalmente, la interrogante de nuestro estudio comienza al oír reiteradamente “la deshumanización del cuidado brindado al paciente” y ante el riesgo de caer en esto, por la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de la 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 de enfermería”(2).

La relevancia del estudio es que permitiría relevar el rol del profesional de enfermería en cuanto a la asistencia de cuidados de calidad, seguros y humanizados que respondan a las expectativas de las personas atendidas. También un aporte para el desarrollo disciplinar considerando la Teoría de Cuidado Humano de la doctora Jean Watson que permitiría caracterizar el cuidado de enfermería, a través de nueve categorías de cuidado humanizado, recogidas en el instrumento que objetiviza aspectos cualitativos del cuidado.

El concepto percepción de cuidado, es definido “como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado”, lo cual está relacionado con el cuidado genuino y simultáneo citado por Watson, que permite al paciente y enfermera percibir datos del exterior y organizarlos de un modo significativo en el interior, para tomar conciencia del mundo que les rodea.(3) Según Watson, (1988) la contribución de las enfermeras en los cuidados de salud estará delimitada por la capacidad de las enfermeras en traducir su ideal de cuidado en su práctica (4)

Materiales y Método: estudio descriptivo, transversal, orientado a describir la opinión de los pacientes durante la hospitalización en los servicios de mediana complejidad

medica-quirúrgica, traumatología y urología del hospital Dr Gustavo Fricke, Viña del Mar.

Instrumento: Care Q

Análisis de dato: SPSS 21

1. Guillaumet M, Fargues I, Subirana M, Bros M. Teoría del cuidado humano: un café con Watson. Metas de enfermería. 2005; 8(2): 28-32.

2. Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [acceso: 09 de Abril 2013]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Comentado en: Revista Actualizaciones en Enfermería. 2007; 10(4): 15-21.

3. Watson J. Assessing & Measuring Caring in Nursing and Health Science. Springer Publishing Co.: USA. 2012

4. Keroac, S. et als. El pensamiento enfermero. Elsevier-Masson: Barcelona: 2007. pp 43

SEGUNDO: VALORACION DE ASPECTOS ETICOS

1. Este estudio evalúa una práctica clínica (fármacos, aparatos, radiaciones, procedimientos quirúrgicos, otros).	SI	NO X
Relevar el rol del profesional de enfermería como gestor de cuidados humanizados, seguros y de calidad.		
2. La práctica clínica considerada en este estudio es invasiva y/o puede potencialmente causar algún grado de malestar, daño físico al participante, estrés físico o psicológico u otro.	SI	NO X
Especifique si su respuesta es SI. Además considere que deberá incluir algún detalle sobre el procedimiento en el consentimiento informado.		
3. La práctica clínica considerada en este estudio no es de rutina y puede resultar desconocida para el paciente.	SI X	NO
Especifique si su respuesta es SI. Además considere que deberá incluir algún detalle sobre el procedimiento en el consentimiento informado.		
4. La práctica clínica considerada en este estudio beneficiará directa o indirectamente a los participantes.	SI	NO X

Especifique si su respuesta es SI		
5. El propósito de la práctica clínica considerada en este estudio será conocido por los participantes.	SI X	NO
Especifique por qué si su respuesta es NO.		
<p>6. <i>Explique cómo serán reclutados y seleccionados los participantes de esta práctica clínica. Detalle cómo, cuándo, dónde y por quién y si se utilizará algún tipo de medio escrito o de comunicación para reclutar (recuerde anexar cualquier documentación). Especifique también si se ofrecerá alguna remuneración monetaria o de otro tipo a los participantes, en cuyo caso corresponderá explicar las razones de esta práctica.</i></p> <p>¿Quiénes? Personas hospitalizadas en servicios generales del Hospital G. Fricke que reúnan los criterios de inclusión y exclusión señalados, seleccionados mediante la revisión in situ de ficha.</p> <p>¿Cómo? Medición a través de encuesta Care Q</p> <p>¿Cuándo? Mayo a agosto 2013</p> <p>¿Dónde? Servicios generales Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar</p> <p>¿Por quiénes? Estudiantes de enfermería V nivel como requisito de licenciatura</p>		
7. Señale si en este estudio participará alguna compañía farmacéutica u otra entidad comercial.	SI	NO X
Especifique si su respuesta es SI. Indique el nombre de la compañía y el grado de participación de la entidad en esta investigación (co-investigadores, colaboradores, apoyo logístico, financiamiento, auspicio y los beneficios esperados por ambas partes).		
8. Tienen los investigadores afiliación o algún compromiso económico o de otra naturaleza con la compañía especificada en el punto 7.	SI	NO X
Especifique si su respuesta es SI. Indique la naturaleza y extensión de tiempo (permanente/transitorio, pasado/vigente) del compromiso.		
9. ¿Tienen los investigadores afiliación o algún compromiso económico o de otra naturaleza con alguna compañía o institución no especificada en el punto 7 pero que pudiera estar interesada o beneficiarse por el desarrollo de esta investigación?	SI	NO X
Especifique si su respuesta es SI. Indique la naturaleza y extensión de tiempo (permanente/transitorio, pasado/vigente) del compromiso.		

9. ¿Esperan los investigadores obtener algún beneficio económico u otro, directo o indirecto, con el desarrollo de este estudio?	SI	NO X
Especifique si su respuesta es SI. Indique la naturaleza del beneficio.		
10. ¿Han sido impuestas por la contraparte privada las condiciones sobre el uso, publicación o propiedad de los resultados?	SI	NO X
Especifique si su respuesta es SI.		
11. ¿Se recolectarán, utilizarán o divulgarán datos personales (registros o fichas clínicas, datos de prácticas clínicas públicas y privadas, u otras) con el consentimiento de las personas a las que pertenecen los datos?	SI X	NO
Especifique si su respuesta es NO. Señale porqué no se puede obtener el consentimiento de dichas personas. Entregue detalles de la institución o fuente proveedora y el número de registros que estima serán revisados.		
12. Este estudio utiliza encuestas, entrevistas u otras formas para obtener datos personales directamente desde las personas.	SI	NO X
Especifique si su respuesta es SI:		
13. Las encuestas, entrevistas u otros serán realizadas bajo consentimiento informado.	SI X	NO
Especifique si su respuesta es NO.		
14. La obtención de los datos personales pone a los participantes en alguna situación que pueda vulnerar su dignidad, causar daño emocional, moral u otro.	SI	NO X
Especifique cualquiera sea su respuesta. Se pretende recoger la opinión de las personas atendidas respetando la confidencialidad de la información, con el objeto de permitir reorientar el cuidado considerando las expectativas de las personas. El cuestionario utilizado no considera recabar información personal que vulnere su integridad, solo algunos datos demográficos como la edad, escolaridad y sexo. La participación en este estudio no vulnera la dignidad de las personas, ni podría causar daño emocional, moral u otro, ya que recaba voluntariamente percepciones u opiniones		

<p>de los participantes.</p> <p>Se entregará por separado el consentimiento informado de la encuesta, en donde ésta última tendrá solo una numeración sin que exista relación entre la identidad y las respuestas.</p>		
<p>15. El diseño experimental especifica el destino de los datos personales y asegura confidencialidad.</p>	<p>SI X</p>	<p>NO</p>
<p>Especifique la cadena de custodia de datos y restricciones a su uso.</p> <p>Este estudio no es experimental, no intenta recolectar datos personales de los pacientes, solo se pedirá contestar el cuestionario sin obtener dato que identifique a la persona. La información recogida será confidencial, la identificación de las personas encuestadas será por medio de una codificación. Las encuestas mientras dure el estudio serán guardadas en oficina de la investigadora principal y disponible sólo para el uso de este estudio.</p>		
<p>16. El diseño del estudio considera la inclusión de individuos vulnerables²</p> <p>Todas las personas atendidas en los servicios de salud son vulnerables, por tanto se tendrán consideración dicha situación, tanto en el manejo de la información entregada por ellos, los resultados del estudio y el respeto por las personas encuestadas.</p>	<p>SI X</p>	<p>NO</p>
<p>Especifique. Señale medidas de protección en caso de vulnerabilidad.</p> <p>Se asegurará que mientras sea entrevistado el paciente, no se encuentre presente algún personal de</p>		

² En investigación en seres humanos se hace referencia a la "justicia distributiva", que significa repartir equilibradamente el peso y los beneficios de la participación. La distribución puede ser desigual solo en distinciones moralmente justificadas entre las personas. Una de éstas es la vulnerabilidad: 1) de quien se encuentra disminuido en su capacidad de consentir deliberadamente su participación; 2) de individuos que no pueden optar a alternativas de cuidados médicos o de cubrir necesidades costosas, 3) de los miembros de un grupo pertenecientes a los niveles inferiores de la escala jerárquica. En estos casos se debe proveer garantías adicionales de protección a los individuos vulnerables. Según este principio, una población vulnerable debiese quedar en una condición superior como resultado del estudio, o al menos no peor a la condición previa a su participación. Véase en: *Council for International Organizations of Medical Sciences, the World Health Organization. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: CIOMS; 2002.

<p>enfermería, para evitar que la respuesta sea condicionada por esta razón.</p> <p>El personal de enfermería sólo tendrá acceso a los resultados de este estudio, pero por ningún motivo a las respuestas dadas por los participantes.</p>		
12. ¿Existen algunas otras consideraciones éticas que deban ser evaluadas?	SI	NO X
Especifique si su respuesta es SI		

TERCERO: ANEXOS

A continuación indique qué documentos han sido anexados a este formulario. Marque con una X según corresponda.

Documento	
Consentimiento informado	X
Encuesta, formulario u otro instrumento de recolección de datos	X
Cartas de autorización instituciones participantes	X
Fuentes de financiamiento	
Propuesta de publicación	
<i>Currículum vitae</i> investigador principal y co-investigadores	X
Otros documentos (especificar):	

CUARTO: COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

El investigador responsable individualizado en la primera página de esta solicitud declara que toda la información descrita en este formulario corresponde a la verdad y se compromete a un desarrollo bioético de su investigación.

Director de Memoria de Tesis:



Cecilia Landman N.

Cecilia Landman Navarro

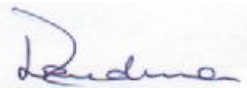
Co-investigadores:

Rocío Aranda Leiva

Matías Caroca Mena Débora Figueroa Robles

Juan P. González Queiruga

Constanza López Silva Jacqueline Molina López



Cecilia Landman N.

Nombre y firma investigador
responsable

Entregar este formulario y los documentos anexados junto con una carta que solicite la evaluación bioética del proyecto en formato electrónico no encriptado dirigido al (la) Presidente(a) del Comité de Bioética Facultad de Medicina vía e-mail:
etica.facultadmedicina@uv.cl.

Anexo N°8: Resolución del Comité de Bioética



Dirección de Investigación

FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 9/2013

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico – cirujano, Secretaria; María Antonieta Silva, enfermera – matrona; Josephine Bratz, enfermera – matrona; Daniel Ciudad, kinesiólogo; Patricia Herrera, educadora de párvulos; y Claudia Miranda, psicóloga, en su sesión del día 22 de agosto de 2013, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “Percepción que tienen los pacientes del cuidado humanizado entregado por profesional enfermero en unidades generales de un Hospital Público”, presentado por la investigadora responsable Cecilia Landman, adscrita a esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 6/2013, versión en español
2. Hoja Informativa de Consentimiento Informado y Ficha de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.
3. Cuestionario “*Caring Assesment Report Evaluation (CARE-Q)*” traducido al castellano y sometido a controles de calidad por el equipo de investigadores.

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar información respecto de la percepción de los enfermos del componente humano de la relación con el personal de enfermería, quien normalmente debe velar por el cuidado directo del paciente en sus necesidades básicas. La exploración de estos elementos podrá abrir las perspectivas hacia una mejor práctica de esta disciplina y eventualmente a la generación de nuevos protocolos de estudio en este dominio, cuyo desarrollo es aun incipiente. El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos, estimados en una cuantía no mayor a la habitual exposición de los sujetos de investigación.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante,

además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de los instrumentos, y explicitando el compromiso de activar un protocolo de contención y posterior derivación si se detectara alguna sintomatología que así lo requiriese en los participantes; así también, el investigador da a conocer su teléfono e E – mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.

4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo experimental, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el año 2013, bajo la supervisión de la investigadora responsable, Cecilia Landman.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Jimena Le Roy Barria
Presidenta



Ivanny Marchant Ramírez
Secretaria

Valparaíso, 22 de agosto de 2013

C/C.

- Secretaría CBI-FAMED
- Comité de Investigación Facultad de Medicina

Anexo N°9: “CARE Q” PACIENTE (INSTRUMENTO TRADUCIDO AL ESPAÑOL)

CARE-Q					
Por favor lea cada pregunta con cuidado y encierre sólo el NÚMERO que mejor describa cuan a menudo esto ocurre al otorgar el cuidado a sus pacientes.					
	<i>Indique la frecuencia en que recibió la atención mencionada en cada una de las afirmaciones siguientes durante las 2 semanas pasadas.</i>	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1	El profesional enfermero se me aproxima, por ejemplo, ofreciéndome los medicamentos para el dolor, masaje en la espalda, etc.	1	2	3	4
2	El profesional enfermero se ofrece como voluntario para hacer "pequeñas" cosas por mí, por ejemplo, traerme una taza de café, papel, etc.	1	2	3	4
3	El profesional enfermero me da los tratamientos y los medicamentos a tiempo.	1	2	3	4
4	El profesional enfermero verifica mi estado de salud frecuentemente.	1	2	3	4
5	El profesional enfermero da una respuesta rápida a mis peticiones.	1	2	3	4
6	El profesional enfermero me anima a llamar o pedir ayuda si tengo problemas.	1	2	3	4
7	El profesional enfermero me ayuda a no sentirme inferior al darme la información adecuada.	1	2	3	4
8	El profesional enfermero me dice en un lenguaje comprensible, lo que es importante acerca de mi enfermedad y el tratamiento.	1	2	3	4
9	El profesional enfermero me enseña a cuidar de mí mismo/a siempre que sea posible.	1	2	3	4

10	El profesional enfermero es honesto acerca mi estado de salud.	1	2	3	4
11	El profesional enfermero me brinda medidas básicas de confort, como la iluminación apropiada, control de ruido, mantas suficientes, etc.	1	2	3	4
12	El profesional enfermero me proporciona estímulos mediante la identificación de elementos positivos relacionados con mi estado de salud y tratamiento.	1	2	3	4
13	El profesional enfermero tiene paciencia hasta con los pacientes «difíciles».	1	2	3	4
14	El profesional enfermero es alegre.	1	2	3	4
15	El profesional enfermero se sienta a mi lado.	1	2	3	4
16	Cuando necesito consuelo recibo apoyo del profesional enfermero.	1	2	3	4
17	El profesional enfermero me escucha.	1	2	3	4
18	El profesional enfermero habla conmigo.	1	2	3	4
19	El profesional enfermero hace partícipes a mi familia y a otras personas importantes en mi cuidado.	1	2	3	4
20	El profesional enfermero sabe cuando estoy cansado y frente a ello, por ejemplo, reorganiza los exámenes, visitas y asegura mi privacidad.	1	2	3	4
21	El profesional enfermero está atento a mis necesidades, planifica y actúa en base a eso, por ejemplo, me da medicamentos contra las náuseas, si sabe que la medicación recibida diariamente probablemente inducirá esto.	1	2	3	4
22	El profesional enfermero me anticipa que las "primeras veces" son las más difíciles y ponen especial atención durante este tiempo.	1	2	3	4
23	El profesional enfermero se concentra sólo en mí, cuando me están atendiendo.	1	2	3	4
24	Aunque yo esté en un periodo o fase crítica el profesional enfermero permanece con interés en mí.	1	2	3	4
25	El profesional enfermero me ofrece alternativas razonables, como la elección de la hora de las citas, horarios de baño, etc	1	2	3	4

26	El profesional enfermero me ayuda a establecer objetivos realistas.	1	2	3	4
27	El profesional enfermero percibe el mejor momento para hablar conmigo sobre los cambios en mi condición.	1	2	3	4
28	El profesional enfermero comprueba mi estado de ánimo antes de iniciar cualquier acción.	1	2	3	4
29	El profesional enfermero me ayuda a clarificar mi pensamiento en lo que se refiere a mi enfermedad y tratamientos.	1	2	3	4
30	El profesional enfermero me anima a hacerle cualquier pregunta que yo pueda tener.	1	2	3	4
31	El profesional enfermero me coloca en primer lugar, no importa lo que pase.	1	2	3	4
32	El profesional enfermero es agradable y acogedor con mi familia y otras personas importantes.	1	2	3	4
33	El profesional enfermero me permite expresar mis sentimientos acerca de mi enfermedad y el tratamiento completo, y el tratamiento de la información confidencial.	1	2	3	4
34	El profesional enfermero tiene un enfoque coherente conmigo.	1	2	3	4
35	El profesional enfermero me conoce como una persona individual.	1	2	3	4
36	El profesional enfermero se presenta y me dice qué es lo que hará.	1	2	3	4
37	El profesional enfermero es profesional en su apariencia, usa ropa adecuada con identificación.	1	2	3	4
38	El profesional enfermero se asegura que la programación de citas profesionales, por ejemplo, rayos X, los procedimientos especiales, etc sean realistas a mi condición de salud y la situación en que estoy.	1	2	3	4
39	Percibo que el personal enfermero es muy organizado al otorgarme el	1	2	3	4

	cuidado.				
40	El profesional enfermero muestra seguridad al realizar técnicas o utilizar equipos que se utilizan para mi cuidado.	1	2	3	4
41	Observo tranquilo al profesional enfermero.	1	2	3	4
42	El profesional enfermero me otorga un buen cuidado físico.	1	2	3	4
43	El profesional enfermero se asegura de que los demás sepan cómo cuidar de mí.	1	2	3	4
44	El profesional enfermero sabe cuándo llamar al médico	1	2	3	4

Anexo N°10: Contacto con Jean Watson

Forwarded message -----

From: **Jean Watson**<jeanwatson@comcast.net>

Date: 2012/11/28

Subject: RE: Chile Thesis group nursing management Valparaiso University 2013

To: Tesis Gestion<tesis.gestion.uv@gmail.com>

Cc: Carol Wadsworth <carol@beezezines.com>

Dear Tesis, thank you for your kind and informative message and interest in caring and research and the use of the Care Q scale. I think Dr. Larson has retired and is out of contact. I am confident she would approve of you using her instrument. And as author of the book with the instruments, I give permission for your use.

It sounds like your university is very progressive and prestigious, it would be an honor to speak to your colleagues and students. Last year I had the privilege of speaking at Univ of Santiago and also at one of the major conferences held in a mountain ski area, I forgot the name.

So I send you all good wishes and much success with your studies and career following

research in caring science.

My love, Jean

Jean Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN

Distinguished Professor Emerita

University of Colorado Denver, College of Nursing

Founder: WATSON Caring Science Institute

www.watsoncaringscience.org

jean@watsoncaringscience.org

jeanwatson@comcast.net

From: TesisGestion [mailto:tesis.gestion.uv@gmail.com]

Sent: Tuesday, November 27, 2012 7:49 PM

To: jean@watsoncaringscience.org

Subject: Fwd: Thesis group nursing management Valparaiso University 2013

Dear Dr. Jean Watson

Besides sending my regards, we would like to introduce ourselves to you. We are students of undergraduate nursing career at the University of Valparaiso, Chile.

We are doing our undergraduate thesis, concerning management of care, which consists of a quantitative survey to determine the level or degree of humanization of care carried out by nurses in the hospital-based health services in our region, during the next half year.

In our country, as well as in the rest of the world. It has been found that there is a loss of the humanization of the care of the nurse to the patient, so that has been aroused our interest to be able to investigate this issue in our environment, in order to implement measures in the health services to improve the welfare of the people served who are entering the health system.

Your theories have inspired us to perform this study, because it's essential that deliver quality care to people and humanized. In Chile, nursing professionals have yet to incorporate explicitly considering the humanized care within their professional skills, by them i want to be able to find solutions to this problems and achieve an impact that lead to a quality care nurse.

To this end, we have taken the decision to use his theory that allows illuminate our study, being the reason we want to ask you if is possible its cooperation, and guidance on this issue. We would be honored if you could give us your permission to use your instrument CARE-Q , since it will be of great importance for our research. We have tried to concat with Mrs. Larson but that has been proved to be unsuccessful.

In Chile does not keep its books, but we have agreed to buy one via the internet through eBay, we want to use an instrument to be able to measure the level of humanization of care, so we ask your permission to use it, being very careful to your wise suggestions.

We mean a great honor to be an input validation of his theory in the field of care in the Fifth Region of Chile, to make it known and use it as a guide in our study and further research.

As to our city, we told him that Valparaiso is a city on the central coast of Chilean territory, considered a World Heritage Site. It has a bay, backed by large hills full of colorful houses on its slopes has a wide range of urban life, a major business, commercial, cultural and university.

Valparaiso has a great attraction for its architecture, Spanish colonial home in Victorian style. This city has typical elements such as elevators that move people on the hills and trolleybuses.

Regarding our university, we can mention that Valparaiso University is a state institution, public, secular and independent, based on a long tradition and mission posed as "Generate and disseminate knowledge, cultivating science and technology, humanities and arts, through the development of teaching undergraduate, graduate and research,

providing the skills to form graduates, professionals and researchers that society requires, within a framework of quality management and commitment to regional and national development " . (See <http://www.uv.cl>)

The values that inspire are participation, solidarity, equity, freedom, pluralism, critical thinking and respect for diversity.

We would be honored to perform in the future, a conference at our university where you are present, because in our country, nursing students have questioned quite the quality of care provided by nurses and graduates, know the reason why has become more technical and nursing dehumanized ourselves, impacting greatly to the holistic view of patients.

Without further ado, we bid farewell to you cordial and affectionate. Waiting for your response.

--

Rocío Aranda / chio.aranda.l@gmail.com / +56978824515

Matías Caroca / saitam_0991@hotmail.com / +56975482453

Debora Figueroa / laramaipu19@gmail.com / +56974502998

Jacqueline molina / purpl3.wings@hotmail.com / +56976573111

Constanza López / constanza.dls@gmail.com / +56989621596

Juan Pablo González / juanpablo.gq@gmail.com / +56964946621

Grupo de Tesis Gestión en Enfermería

Universidad de Valparaíso,

Valparaíso, Chile

Anexo N°11: Contacto con Patricia Larson

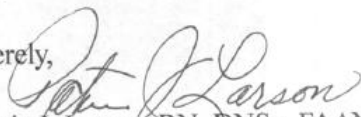
Re: CARE Q

Subject: Re: CARE Q
From: Pat Larson <sonomapat@vom.com>
Date: 3/21/2013 7:35 PM
To: Jacqueline Molina <purpl3.wings@hotmail.com>

Dear Ms Molina Lopez:

Again, thank you for your interest in my work on caring. It is very gratifying to find that young scholars like yourself are still interested in a concept and work that began over 30 years ago. Yes, you have my permission to use the CARE/Q. In addition to sending this e-mail I will also make a copy and send it via air mail to you. Best wishes in your work.

Sincerely,



Patricia J. Larson, RN, DNSc, FAAN
Professor Emeritus, University of California, San Francisco (USA)
Professor, Retired, College of Nursing Art & Science, Hyogo (Japan)

Anexo N°12: Confiabilidad del instrumento Care Q

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	33	49,3
	Excluido ^a	34	50,7
	Total	67	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,963	44

Estadísticas de elemento

Pregunta	Media	Desviación estándar	N
P1	2,8485	1,14895	33
P2	3,0000	1,27475	33
P3	3,4848	0,90558	33
P4	3,6667	0,59512	33
P5	3,3939	0,78817	33
P6	3,4848	0,87039	33
P7	3,2424	1,09059	33
P8	3,3939	0,96629	33
P9	3,4242	0,93643	33
P10	3,6970	0,52944	33
P11	3,3030	0,95147	33
P12	3,1515	0,90558	33
P13	3,5455	0,66572	33
P14	3,4242	0,86712	33
P15	2,1212	1,13901	33
P16	2,9091	1,12815	33
P17	3,3030	0,88335	33
P18	3,3030	0,80951	33
P19	2,7273	1,23168	33
P20	3,0909	1,04174	33
P21	3,0303	1,18545	33
P22	3,3636	0,89506	33
P23	3,3939	0,86384	33
P24	3,2727	0,87581	33

P25	2,7879	1,16613	33
P26	2,9697	1,10354	33
P27	3,1515	0,97215	33
P28	3,1515	0,93946	33
P29	3,2424	0,93643	33
P30	3,4545	0,86930	33
P31	2,7879	1,02340	33
P32	3,2727	0,94448	33
P33	3,0303	1,07485	33
P34	3,3636	0,92932	33
P35	3,3939	0,96629	33
P36	3,3939	0,89928	33
P37	3,7576	0,50189	33
P38	3,3939	0,99810	33
P39	3,5152	0,83371	33
P40	3,7879	0,54530	33
P41	3,7273	0,57406	33
P42	3,6061	0,74747	33
P43	3,2424	1,00095	33
P44	3,7576	0,66287	33

Estadísticas de total de elemento

Pregunta	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	141,5152	628,508	0,432	0,964
P2	141,3636	603,489	0,792	0,962
P3	140,8788	638,610	0,334	0,964
P4	140,6970	637,030	0,578	0,963
P5	140,9697	628,655	0,644	0,962
P6	140,8788	631,485	0,514	0,963
P7	141,1212	622,172	0,577	0,963
P8	140,9697	618,718	0,730	0,962

P9	140,9394	617,246	0,787	0,962
P10	140,6667	641,792	0,472	0,963
P11	141,0606	625,434	0,597	0,963
P12	141,2121	620,922	0,731	0,962
P13	140,8182	639,403	0,442	0,963
P14	140,9394	632,246	0,499	0,963
P15	142,2424	624,064	0,516	0,963
P16	141,4545	612,131	0,740	0,962
P17	141,0606	624,246	0,673	0,962
P18	141,0606	629,684	0,601	0,963
P19	141,6364	624,739	0,463	0,963
P20	141,2727	614,705	0,754	0,962
P21	141,3333	615,479	0,644	0,962
P22	141,0000	628,938	0,557	0,963
P23	140,9697	631,405	0,520	0,963
P24	141,0909	623,273	0,702	0,962
P25	141,5758	613,064	0,698	0,962
P26	141,3939	616,184	0,682	0,962
P27	141,2121	622,047	0,655	0,962
P28	141,2121	618,547	0,756	0,962
P29	141,1212	621,922	0,684	0,962
P30	140,9091	625,835	0,647	0,962
P31	141,5758	622,877	0,603	0,963
P32	141,0909	618,960	0,742	0,962
P33	141,3333	618,229	0,661	0,962
P34	141,0000	619,063	0,753	0,962
P35	140,9697	634,655	0,393	0,963
P36	140,9697	630,093	0,528	0,963
P37	140,6061	640,996	0,531	0,963
P38	140,9697	619,343	0,692	0,962
P39	140,8485	627,383	0,638	0,962
P40	140,5758	640,564	0,503	0,963
P41	140,6364	645,739	0,297	0,964
P42	140,7576	635,564	0,494	0,963
P43	141,1212	614,047	0,800	0,962

P44	140,6061	637,871	0,491	0,963
-----	----------	---------	-------	-------

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
144,3636	654,739	25,58786	44

Anexo N°13: Análisis factorial Care Q para validación de constructo

Análisis factorial

Matriz de correlaciones^a

--

a. Esta matriz no es cierta positiva.

Comunalidades

	Inicial	Extracción
1.- Frecuentemente el profesional enfermero se me aproxima, por ejemplo, ofreciéndome los medicamentos para el dolor, masaje en la espalda, etc.	1,000	,509
2.- El profesional enfermero se ofrece como voluntario para hacer "pequeñas" cosas por mí, por ejemplo, traerme una taza de café, papel, etc.	1,000	,835

3.- El profesional enfermero me da los tratamientos y los medicamentos a tiempo.	1,000	,486
4.- El profesional enfermero verifica mi estado de salud frecuentemente.	1,000	,865
5.- El profesional enfermero da una respuesta rápida a mis peticiones.	1,000	,822
6.- El profesional enfermero me anima a llamar o pedir ayuda si tengo problemas.	1,000	,760
7.- El profesional enfermero me ayuda a no sentirme inferior al darme la información adecuada.	1,000	,600
8.- El profesional enfermero me dice en un lenguaje comprensible, lo que es importante acerca de mi enfermedad y el tratamiento.	1,000	,807
9.- El profesional enfermero me enseña a cuidar de mí mismo/a siempre que sea posible.	1,000	,765
10.- El profesional enfermero es honesto acerca mi estado de salud.	1,000	,835
11.- El profesional enfermero me brinda medidas básicas de confort, como la iluminación apropiada, control de ruido, mantas suficientes, etc.	1,000	,711

12.- El profesional enfermero me proporciona estímulos mediante la identificación de elementos positivos relacionados con mi estado de salud y tratamiento.	1,000	,721
13.- El profesional enfermero tiene paciencia hasta con los pacientes «difíciles».	1,000	,609
14.- El profesional enfermero es alegre.	1,000	,773
15.- El profesional enfermero se sienta a mi lado.	1,000	,498
16.- Cuando necesito consuelo recibo apoyo del profesional enfermero.	1,000	,728
17.- El profesional enfermero me escucha.	1,000	,694
18.- El profesional enfermero habla conmigo.	1,000	,625
19.- El profesional enfermero hace partícipes a mi familia y a otras personas importantes en mi cuidado.	1,000	,544
20.- El profesional enfermero sabe cuando estoy cansado y frente a ello, por ejemplo, reorganiza los exámenes, visitas y asegura mi privacidad.	1,000	,890

21.- El profesional enfermero está atento a mis necesidades, planifica y actúa en base a eso, por ejemplo, me da medicamentos contra las náuseas, si sabe que la medicación recibida diariamente probablemente inducirá esto.	1,000	,748
22.- El profesional enfermero me anticipa que las "primeras veces" son las más difíciles y ponen especial atención durante este tiempo.	1,000	,621
23.- El profesional enfermero se concentra sólo en mí, cuando me están atendiendo.	1,000	,867
24.- Aunque yo esté en un periodo o fase crítica el profesional enfermero permanece con interés en mí.	1,000	,783
25.- El profesional enfermero me ofrece alternativas razonables, como la elección de la hora de las citas, horarios de baño, etc	1,000	,641
26.- El profesional enfermero me ayuda a establecer objetivos realistas.	1,000	,647

27.- El profesional enfermero percibe el mejor momento para hablar conmigo sobre los cambios en mi condición.	1,000	,684
28.- El profesional enfermero comprueba mi estado de ánimo antes de iniciar cualquier acción.	1,000	,763
29.- El profesional enfermero me ayuda a clarificar mi pensamiento en lo que se refiere a mi enfermedad y tratamientos.	1,000	,698
30.- El profesional enfermero me anima a hacerle cualquier pregunta que yo pueda tener.	1,000	,754
31.- El profesional enfermero me coloca en primer lugar, no importa lo que pase.	1,000	,682
32.- El profesional enfermero es agradable y acogedor con mi familia y otras personas importantes.	1,000	,727
33.- El profesional enfermero me permite expresar mis sentimientos acerca de mi enfermedad y el tratamiento completo, y el tratamiento de la información confidencial.	1,000	,746
34.- El profesional enfermero tiene un enfoque coherente conmigo.	1,000	,831

35.- El profesional enfermero me conoce como una persona individual.	1,000	,610
36.- El profesional enfermero se presenta y me dice qué es lo que hará.	1,000	,648
37.- El profesional enfermero es profesional en su apariencia, usa ropa adecuada con identificación.	1,000	,731
38.- El profesional enfermero se asegura que la programación de citas profesionales, por ejemplo, rayos X, los procedimientos especiales, etc sean realistas a mi condición de salud y la situación en que estoy.	1,000	,840
39.- Percibo que el personal enfermero es muy organizado al otorgarme el cuidado.	1,000	,715
40.- El profesional enfermero muestra seguridad al realizar técnicas o utilizar equipos que se utilizan para mi cuidado.	1,000	,678
41.- Observo tranquilo al profesional enfermero.	1,000	,699
42.- El profesional enfermero me otorga un buen cuidado físico.	1,000	,776

43.- El profesional enfermero se asegura de que los demás sepan cómo cuidar de mí.	1,000	,772
44.- El profesional enfermero sabe cuándo llamar al médico	1,000	,865

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	17,881	40,638	40,638	17,881	40,638	40,638
2	3,751	8,525	49,162	3,751	8,525	49,162
3	3,406	7,741	56,903	3,406	7,741	56,903
4	2,422	5,505	62,408	2,422	5,505	62,408
5	2,227	5,061	67,470	2,227	5,061	67,470
6	1,918	4,360	71,829	1,918	4,360	71,829
7	1,779	4,042	75,871			
8	1,438	3,269	79,140			
9	1,189	2,703	81,843			
10	1,042	2,367	84,210			
11	,925	2,103	86,313			
12	,790	1,794	88,108			
13	,737	1,674	89,782			
14	,672	1,527	91,309			
15	,641	1,457	92,766			
16	,524	1,190	93,956			
17	,469	1,066	95,022			
18	,407	,924	95,947			
19	,364	,827	96,774			
20	,299	,680	97,454			

21	,226	,513	97,967			
22	,209	,474	98,441			
23	,196	,444	98,886			
24	,113	,257	99,143			
25	,102	,233	99,376			
26	,077	,175	99,551			
27	,072	,163	99,714			
28	,053	,121	99,835			
29	,038	,086	99,921			
30	,019	,044	99,965			
31	,013	,030	99,995			
32	,002	,005	100,000			
33	8,643E-16	1,964E-15	100,000			
34	6,745E-16	1,533E-15	100,000			
35	4,293E-16	9,757E-16	100,000			
36	2,386E-16	5,423E-16	100,000			
37	6,674E-17	1,517E-16	100,000			
38	-3,391E-17	-7,707E-17	100,000			
39	-7,002E-17	-1,591E-16	100,000			
40	-2,410E-16	-5,476E-16	100,000			
41	-3,858E-16	-8,769E-16	100,000			
42	-5,874E-16	-1,335E-15	100,000			
43	-7,687E-16	-1,747E-15	100,000			
44	-1,406E-15	-3,196E-15	100,000			

Matriz de componente^a

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
1.- Frecuentemente el profesional enfermero se me aproxima, por ejemplo, ofreciéndome los medicamentos para el dolor, masaje en la espalda, etc.	,451	-,021	,496	,022	,207	-,127

2.- El profesional enfermero se ofrece como voluntario para hacer "pequeñas" cosas por mí, por ejemplo, traerme una taza de café, papel, etc.	,813	-,007	-,159	-,085	-,183	-,328
3.- El profesional enfermero me da los tratamientos y los medicamentos a tiempo.	,356	,013	-,495	,156	,176	-,243
4.- El profesional enfermero verifica mi estado de salud frecuentemente.	,594	-,077	-,616	-,004	-,092	-,345
5.- El profesional enfermero da una respuesta rápida a mis peticiones.	,676	,305	-,360	,204	,091	,304
6.- El profesional enfermero me anima a llamar o pedir ayuda si tengo problemas.	,534	-,260	-,317	,071	-,492	,246
7.- El profesional enfermero me ayuda a no sentirme inferior al darme la información adecuada.	,613	-,037	-,151	-,341	,089	,276
8.- El profesional enfermero me dice en un lenguaje comprensible, lo que es importante acerca de mi enfermedad y el tratamiento.	,757	-,067	-,182	-,367	-,220	,112
9.- El profesional enfermero me enseña a cuidar de mí mismo/a siempre que sea posible.	,815	,163	-,023	-,153	-,212	-,074
10.- El profesional enfermero es honesto acerca mi estado de salud.	,515	,358	-,522	-,373	,081	,153
11.- El profesional enfermero me brinda medidas básicas de confort, como la iluminación apropiada, control de ruido, mantas suficientes, etc.	,638	,406	-,217	-,169	,141	-,209
12.- El profesional enfermero me proporciona estímulos mediante la identificación de elementos positivos relacionados con mi estado de salud y tratamiento.	,748	-,081	-,241	,079	,262	,152
13.- El profesional enfermero tiene paciencia hasta con los pacientes «difíciles».	,468	-,238	-,243	,176	,481	,108
14.- El profesional enfermero es alegre.	,509	-,384	-,190	,282	,379	,328

15.- El profesional enfermero se sienta a mi lado.	,528	-,275	-,069	,033	-,286	,237
16.- Cuando necesito consuelo recibo apoyo del profesional enfermero.	,748	-,293	-,134	-,079	-,234	-,060
17.- El profesional enfermero me escucha.	,690	-,310	,080	-,299	,130	,098
18.- El profesional enfermero habla conmigo.	,605	-,370	,226	-,091	,049	,245
19.- El profesional enfermero hace partícipes a mi familia y a otras personas importantes en mi cuidado.	,471	-,461	-,156	,080	-,228	-,163
20.- El profesional enfermero sabe cuando estoy cansado y frente a ello, por ejemplo, reorganiza los exámenes, visitas y asegura mi privacidad.	,754	-,466	,227	,030	-,146	-,173
21.- El profesional enfermero está atento a mis necesidades, planifica y actúa en base a eso, por ejemplo, me da medicamentos contra las náuseas, si sabe que la medicación recibida diariamente probablemente inducirá esto.	,651	-,435	,170	,005	-,134	-,297
22.- El profesional enfermero me anticipa que las "primeras veces" son las más difíciles y ponen especial atención durante este tiempo.	,572	-,273	,295	,045	,358	-,035
23.- El profesional enfermero se concentra sólo en mí, cuando me están atendiendo.	,552	,137	,534	-,453	,232	,007
24.- Aunque yo esté en un periodo o fase crítica el profesional enfermero permanece con interés en mí.	,723	,040	,203	-,086	,398	-,227
25.- El profesional enfermero me ofrece alternativas razonables, como la elección de la hora de las citas, horarios de baño, etc	,723	-,056	,008	-,229	-,139	-,207
26.- El profesional enfermero me ayuda a establecer objetivos realistas.	,699	-,242	,276	-,085	-,084	,096

27.- El profesional enfermero percibe el mejor momento para hablar conmigo sobre los cambios en mi condición.	,674	-,106	-,411	,113	,186	,051
28.- El profesional enfermero comprueba mi estado de ánimo antes de iniciar cualquier acción.	,764	-,064	,213	,244	-,195	,180
29.- El profesional enfermero me ayuda a clarificar mi pensamiento en lo que se refiere a mi enfermedad y tratamientos.	,712	-,105	-,076	-,246	-,212	,262
30.- El profesional enfermero me anima a hacerle cualquier pregunta que yo pueda tener.	,668	,074	,137	,435	,204	,231
31.- El profesional enfermero me coloca en primer lugar, no importa lo que pase.	,614	-,019	,102	,304	-,427	-,142
32.- El profesional enfermero es agradable y acogedor con mi familia y otras personas importantes.	,766	-,055	-,199	-,017	,293	-,110
33.- El profesional enfermero me permite expresar mis sentimientos acerca de mi enfermedad y el tratamiento completo, y el tratamiento de la información confidencial.	,680	,007	,190	,494	-,025	,053
34.- El profesional enfermero tiene un enfoque coherente conmigo.	,791	,352	-,054	-,210	,133	,130
35.- El profesional enfermero me conoce como una persona individual.	,422	,401	,003	,501	-,129	-,063
36.- El profesional enfermero se presenta y me dice qué es lo que hará.	,543	-,295	,464	,036	,217	,054
37.- El profesional enfermero es profesional en su apariencia, usa ropa adecuada con identificación.	,557	,163	,439	-,413	-,118	-,133

38.- El profesional enfermero se asegura que la programación de citas profesionales, por ejemplo, rayos X, los procedimientos especiales, etc sean realistas a mi condición de salud y la situación en que estoy.	,711	,163	,091	,319	,127	-,426
39.- Percibo que el personal enfermero es muy organizado al otorgarme el cuidado.	,663	,250	,054	,298	-,050	-,345
40.- El profesional enfermero muestra seguridad al realizar técnicas o utilizar equipos que se utilizan para mi cuidado.	,540	,568	,195	-,026	-,135	-,081
41.- Observo tranquilo al profesional enfermero.	,317	,427	,268	,246	-,305	,437
42.- El profesional enfermero me otorga un buen cuidado físico.	,527	,522	,438	,080	-,037	,165
43.- El profesional enfermero se asegura de que los demás sepan cómo cuidar de mí.	,825	,237	-,017	,023	-,110	,149
44.- El profesional enfermero sabe cuándo llamar al médico	,539	,722	-,169	-,118	,096	-,013

Método de extracción: análisis de componentes principales.^a

a. 6 componentes extraídos.

Matriz de componente rotado^a

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
1.- Frecuentemente el profesional enfermero se me aproxima, por ejemplo, ofreciéndome los medicamentos para el dolor, masaje en la espalda, etc.	,034	,001	,661	,238	,072	,099
2.- El profesional enfermero se ofrece como voluntario para hacer "pequeñas" cosas por mí, por ejemplo, traerme una taza de café, papel, etc.	,532	,401	,258	,183	,050	,537

3.- El profesional enfermero me da los tratamientos y los medicamentos a tiempo.	,088	,239	-,144	-,001	,362	,519
4.- El profesional enfermero verifica mi estado de salud frecuentemente.	,447	,390	-,149	-,045	,240	,657
5.- El profesional enfermero da una respuesta rápida a mis peticiones.	,208	,540	-,092	,467	,500	,107
6.- El profesional enfermero me anima a llamar o pedir ayuda si tengo problemas.	,797	,156	-,193	,181	,173	,021
7.- El profesional enfermero me ayuda a no sentirme inferior al darme la información adecuada.	,377	,554	,240	-,023	,290	-,093
8.- El profesional enfermero me dice en un lenguaje comprensible, lo que es importante acerca de mi enfermedad y el tratamiento.	,647	,573	,211	,038	,091	,075
9.- El profesional enfermero me enseña a cuidar de mí mismo/a siempre que sea posible.	,484	,520	,293	,327	,003	,260
10.- El profesional enfermero es honesto acerca mi estado de salud.	,156	,863	-,116	,003	,203	,106
11.- El profesional enfermero me brinda medidas básicas de confort, como la iluminación apropiada, control de ruido, mantas suficientes, etc.	,048	,671	,185	,209	,103	,412
12.- El profesional enfermero me proporciona estímulos mediante la identificación de elementos positivos relacionados con mi estado de salud y tratamiento.	,319	,381	,215	,170	,602	,192
13.- El profesional enfermero tiene paciencia hasta con los pacientes «difíciles».	,102	,130	,177	-,021	,718	,184
14.- El profesional enfermero es alegre.	,278	,009	,156	,063	,817	,003
15.- El profesional enfermero se sienta a mi lado.	,642	,096	,076	,165	,201	-,050
16.- Cuando necesito consuelo recibo apoyo del profesional enfermero.	,715	,234	,230	,080	,178	,268

17.- El profesional enfermero me escucha.	,478	,307	,526	-,090	,294	,016
18.- El profesional enfermero habla conmigo.	,497	,077	,496	,067	,318	-,139
19.- El profesional enfermero hace partícipes a mi familia y a otras personas importantes en mi cuidado.	,628	-,081	,097	-,041	,173	,320
20.- El profesional enfermero sabe cuando estoy cansado y frente a ello, por ejemplo, reorganiza los exámenes, visitas y asegura mi privacidad.	,681	-,059	,551	,120	,162	,281
21.- El profesional enfermero está atento a mis necesidades, planifica y actúa en base a eso, por ejemplo, me da medicamentos contra las náuseas, si sabe que la medicación recibida diariamente probablemente inducirá esto.	,595	-,070	,490	,041	,090	,373
22.- El profesional enfermero me anticipa que las "primeras veces" son las más difíciles y ponen especial atención durante este tiempo.	,174	,004	,641	,080	,395	,127
23.- El profesional enfermero se concentra sólo en mí, cuando me están atendiendo.	,045	,415	,817	,094	-,073	-,108
24.- Aunque yo esté en un periodo o fase crítica el profesional enfermero permanece con interés en mí.	,061	,330	,670	,149	,283	,345
25.- El profesional enfermero me ofrece alternativas razonables, como la elección de la hora de las citas, horarios de baño, etc	,491	,378	,382	,094	-,005	,320
26.- El profesional enfermero me ayuda a establecer objetivos realistas.	,534	,134	,530	,196	,156	-,002
27.- El profesional enfermero percibe el mejor momento para hablar conmigo sobre los cambios en mi condición.	,346	,354	,042	,102	,572	,316

28.- El profesional enfermero comprueba mi estado de ánimo antes de iniciar cualquier acción.	,533	,097	,340	,546	,233	,040
29.- El profesional enfermero me ayuda a clarificar mi pensamiento en lo que se refiere a mi enfermedad y tratamientos.	,634	,446	,219	,134	,160	-,074
30.- El profesional enfermero me anima a hacerle cualquier pregunta que yo pueda tener.	,158	,097	,303	,587	,528	,067
31.- El profesional enfermero me coloca en primer lugar, no importa lo que pase.	,541	-,010	,141	,521	-,036	,313
32.- El profesional enfermero es agradable y acogedor con mi familia y otras personas importantes.	,262	,409	,331	,088	,469	,392
33.- El profesional enfermero me permite expresar mis sentimientos acerca de mi enfermedad y el tratamiento completo, y el tratamiento de la información confidencial.	,306	-,037	,292	,635	,347	,206
34.- El profesional enfermero tiene un enfoque coherente conmigo.	,191	,722	,332	,323	,219	,098
35.- El profesional enfermero me conoce como una persona individual.	,034	,102	-,047	,705	,101	,297
36.- El profesional enfermero se presenta y me dice qué es lo que hará.	,249	-,078	,692	,155	,276	-,024
37.- El profesional enfermero es profesional en su apariencia, usa ropa adecuada con identificación.	,244	,387	,632	,171	-,304	,034
38.- El profesional enfermero se asegura que la programación de citas profesionales, por ejemplo, rayos X, los procedimientos especiales, etc sean realistas a mi condición de salud y la situación en que estoy.	,109	,145	,391	,464	,191	,634
39.- Percibo que el personal enfermero es muy organizado al otorgarme el cuidado.	,166	,191	,255	,530	,073	,548

40.- El profesional enfermero muestra seguridad al realizar técnicas o utilizar equipos que se utilizan para mi cuidado.	,033	,476	,259	,565	-,191	,163
41.- Observo tranquilo al profesional enfermero.	,134	,174	,014	,738	-,053	-,322
42.- El profesional enfermero me otorga un buen cuidado físico.	-,019	,342	,405	,693	-,071	-,101
43.- El profesional enfermero se asegura de que los demás sepan cómo cuidar de mí.	,399	,505	,241	,497	,197	,118
44.- El profesional enfermero sabe cuándo llamar al médico	-,128	,779	,060	,436	,023	,216

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.^a

a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.

Matriz de transformación de componente

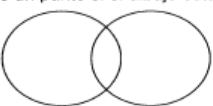
Componente	1	2	3	4	5	6
1	,528	,449	,443	,369	,324	,287
2	-,531	,555	-,170	,536	-,305	,025
3	-,133	-,362	,738	,295	-,346	-,318
4	-,094	-,573	-,264	,623	,385	,240
5	-,628	,101	,362	-,259	,627	,062
6	,137	,146	-,175	,183	,376	-,869

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

ANEXO 14 Minimental Abreviado

EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote un punto por cada respuesta correcta </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">BIEN</th> <th style="width: 10%;">MAL</th> <th style="width: 10%;">N.S</th> <th style="width: 10%;">N.R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>N.S = No sabe N.R = No responde</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		BIEN	MAL	N.S	N.R	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BIEN	MAL	N.S	N.R																						
Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; font-size: small;"> Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; font-size: small;"> Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer. </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">CORRECTA</th> <th style="width: 20%;">NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Número de repeticiones</p>		CORRECTA	NO SABE	Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	CORRECTA	NO SABE																								
Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">1 3 5 7 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; font-size: small; text-align: center;"> La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej; 9 7 5 3 1 = 5 puntos </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>N° de dígitos en el orden correcto ↓</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	Respuesta Entrevistado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Respuesta Correcta	9	7	5	3	1													
Respuesta Entrevistado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																					
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. </div>	<p>Ninguna acción 0</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%;">Correcto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Toma papel con la mano derecha</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		Correcto	Toma papel con la mano derecha	<input type="checkbox"/>	Dobla por la mitad con ambas manos	<input type="checkbox"/>	Coloca sobre las piernas	<input type="checkbox"/>																	
	Correcto																									
Toma papel con la mano derecha	<input type="checkbox"/>																									
Dobla por la mitad con ambas manos	<input type="checkbox"/>																									
Coloca sobre las piernas	<input type="checkbox"/>																									
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden. </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">CORRECTO</th> <th style="width: 20%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 20%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR	Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p style="font-size: small;">Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="width: 33%;">CORRECTO</th> <th style="width: 33%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 33%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p style="text-align: center;">Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p style="text-align: right;">Suma total = <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos.</p> <p style="text-align: center;">Normal = ≥14 Alterado = ≤13</p>																									