



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL ENFERMERO/A ACERCA DE LAS
BARRERAS Y FACILIDADES PARA BRINDAR CUIDADO HUMANIZADO”**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autores

Bárbara Gutiérrez Correa

Valentina Pereira Molina

Antonio Ramírez Palma

Macarena Rojas Díaz

Valentina Wiedeman Valenzuela

Erick Zúñiga Moraga

Profesor Guía

A. Cecilia Landman Navarro

Valparaíso, Chile, marzo 2016

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar y sin duda a nuestra docente guía y colaboradora, Sra. Cecilia Landman Navarro, quien nos orientó, asesoró y guio desde el inicio del proyecto, compartiendo su experiencia, habilidades y conocimientos en el área de la investigación, transmitiéndonos la importancia del cuidado humanizado. Gracias a su compromiso y apoyo, este proyecto pudo realizarse exitosamente.

A nuestra alma máter, Universidad de Valparaíso, a través de la Escuela de Enfermería, que nos ha entregado las bases para nuestro desarrollo profesional y valórico.

Al Hospital Doctor Gustavo Fricke, por abrirnos sus puertas y permitirnos efectuar el estudio, de manera colaborativa y profesional. A las Enfermeras y Enfermeros, quienes dedicaron tiempo valioso en responder a las encuestas, creyendo siempre que este estudio contribuiría a mejorar la atención y el servicio brindado, día a día, a las personas.

Agradecemos a los docentes colaboradores que participaron en la revisión del instrumento aplicado. Al docente Sr. Alberto Caro, quien aportó con sus conocimientos, tiempo y disposición, efectuando la interpretación y análisis estadístico de los resultados que sustentan nuestro estudio.

Al equipo gestor del proyecto UVA 1315 “Los Estudiantes Primero: hacia una mayor eficacia y eficiencia curricular del pregrado en la UV”, por otorgarnos la oportunidad de desarrollar el proyecto a través de apoyo financiero.

Finalmente, a nuestras familias y amigos, por ser nuestros pilares, sustento y apoyo incondicional durante este gran proceso.

RESUMEN

Históricamente se ha identificado al enfermero/a como responsable de gestionar y brindar cuidados a personas sanas y enfermas. En Chile, existe respaldo legal en el Artículo 113 del Código Sanitario, el cual no solo define, sino que responsabiliza legalmente a los profesionales para cumplir dicho rol, sin embargo, no se explicita el carácter del cuidado. El planteamiento inicial para la realización de este estudio, ha sido el reconocimiento de algunas barreras para cumplir el rol de cuidados con carácter humanizado, cálido y acorde a las necesidades no solo físicas, sino que emocionales de las personas. El propósito del estudio ha sido identificar los elementos percibidos como barreras o facilitadores para brindar cuidado humanizado, desde la percepción de enfermeros/as.

Estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal, con elementos correlacionales. Población N=212 enfermeros/as, muestra no probabilística, criterio disposición a participar, resultando n=140; 66% N.

Instrumento diseñado por investigadores: variable de características personales, académicas y laborales; variables medidas: modelo institucional definido por perfil psicosocial y gestión de recursos; el modelo biomédico, compuesto por las subdimensiones tecnicismo y rol curativo. Validez constructo: análisis de marco empírico; validez contenido: técnica Delphi (7 informantes claves); alfa de Cronbach 0,743, estadígrafos, porcentajes, media aritmética. Software SPSS-20.

Consideraciones éticas: Aprobación Comité ética Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso; consentimiento informado.

Resultados: el modelo institucional se presenta como facilitador para brindar cuidados humanizados, especialmente, la dimensión perfil psicosocial, sin embargo, la gestión de recursos se muestra como una barrera. El modelo biomédico se percibe como barrera, en la dimensión diagnóstico biológico. Conclusión: los enfermeros/as se ven influenciados de distintas maneras por cada factor, destacando una percepción positiva de habilidades psicosociales de los profesionales, en contraposición con la persistente presencia del modelo biomédico, el cual afecta la posibilidad de brindar cuidado humanizado.

Palabras Claves: Enfermeras clínicas - Relaciones Enfermera-paciente - Rol de la enfermera - Empatía. Fuente: DeCS Bireme

ABSTRACT

Historically, nurses have been identified as responsables of management and care of sick and healthy people. In Chile, this is legally supported in article 113 of sanitary code, which not only defines but also gives responsibility to professionals assuming that role, however the kind of care is not well explained.

The initial approach for conducting this study, has been the recognition of some barriers to fulfill the role of care with humanized, warm character and according to the physical and emotional needs of people. The purpose of the study was to identify the elements perceived as barriers or facilitators to provide humanized care from the perception of nurses.

Quantitative, descriptive, non-experimental and transversal study, with correlational elements. Population N = 212 nurses, non-probabilistic sample, criterion: willingness to participate, resulting n = 140; 66% N.

An instrument designed by researchers: variable of personal, academic and occupational characteristics; measured variables: institutional model defined by psychosocial profile and resource management; the biomedical model, consisting of subdomains technicality and curative role. Construct validity: analysis of empirical framework; Content validity: Delphi technique (7 key informants); Cronbach's alpha 0.743, statisticians, frequencies, percentages, arithmetic average. Software SPSS-20.

Ethical considerations: Approval Committee Ethics Faculty of Medicine, University of Valparaíso; informed consent.

Results: the institutional model is presented as a facilitator to provide humanized care, especially the psychosocial dimension, however, resource management is shown as a barrier. The biomedical model is perceived as a barrier in the biological diagnosis dimension. Conclusion: nurses are influenced in different ways by each factor, highlighting a positive perception of psychosocial skills of professionals, in contrast to the continued presence of the biomedical model, which affects the ability to provide humanized care to patients.

Key words: Nurse Clinicians - Nurse Patients Relations – Nurse’s Role – Empathy–Caring. Source: DeCS Bireme.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	IV
INDICE DE CONTENIDOS	VI
INDICE DE ANEXOS	X

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN **1**

1.1 Introducción	2
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Objetivos del estudio	5
1.3.1 Objetivo General	5
1.3.2 Objetivos Específicos	5
1.4 Pregunta investigativa	6
1.5 Ejes generadores	6

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL **7**

2.1. Marco empírico	8
2.2. Marco epistemológico	11
2.2.1. Teoría Jean Watson de cuidados transpersonales	11
2.3. Marco contextual	13
2.3.1. Gestión del cuidado en Chile	13
2.3.2. Norma general administrativa N°19	14
2.3.3. Ley de derechos y deberes de las personas	15
2.3.4. Cuidados invisibles	16

2.3.5. Modelo biomédico	17
2.3.6. Modelo institucional	19
2.3.7. Hospital Dr. Gustavo Fricke	20
2.3.8. Subdirección de enfermería	21
2.4 Variables	23
2.4.1. Definición de variables	23
2.4.2. Operacionalización de variables	28
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	33
3.1. Diseño de la investigación	34
3.1.1. Tipo de investigación	34
3.1.2. Procedimientos éticos	34
3.1.3. Limitaciones de la investigación	35
3.1.3.1 Metodológica	35
3.1.3.2 Operacional	35
3.2 Población	35
3.3. Muestra	37
3.4. Criterios de inclusión	37
3.5 Criterios de exclusión	37
3.6. Unidad de análisis	37
3.7. Temporalidad	37
3.8. Lugar	38
3.9. Metodología de recolección de datos	38
3.9.1. Descripción del instrumento utilizado	38
3.9.2. Validez y confiabilidad del instrumento	39
3.9.3. Programas utilizados para vaciamiento datos	40
3.9.4. Criterios de análisis de la información	40
3.9.5. Organización del trabajo carta Gantt	41

CAPÍTULO IV RESULTADOS	44
4.1 Caracterización de la muestra	45
4.2 Análisis descriptivo	49
4.2.1 Variable modelo institucional	49
4.2.2 Variable modelo biomédico	50
4.3 Análisis correlacional	51
4.3.1 Percepción entre dimensión perfil psicosocial y componentes de caracterización	51
4.3.2 Percepción entre dimensión gestión de recursos y componentes de caracterización	52
4.3.3 Percepción entre dimensión diagnóstico biológico y componentes de caracterización	53
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	55
5.1 Caracterización de la muestra	56
5.2 Variable modelo institucional	58
5.3 Variable modelo biomédico	59
5.4 Correlaciones	60
5.4.1 Dimensión perfil psicosocial	60
5.4.2 Dimensión gestión de recursos	61
5.4.2.1 Años de ejercicio	61
5.4.2.2 Multiempleo	61
5.4.3 Dimensión diagnóstico biológico	62
5.4.3.1 Grupo etario	62
5.4.3.2 Años de ejercicio profesional	62
5.4.3.3 Multiempleo	63

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y PROYECCIONES	64
6.1. Conclusiones	65
6.1.1 Facilidades para brindar un cuidado humanizado	65
6.1.2 Barreras para brindar un cuidado humanizado	66
6.2 Consideraciones finales	68
6.3 Proyecciones	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

INDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1: Carta de autorización de comité de ética	79
Anexo N° 2: Carta de autorización Hospital Dr. Gustavo Fricke	81
Anexo N° 3: Ficha de consentimiento informado para profesional de enfermería	82
Anexo N°4: Consentimiento informado	85
Anexo N° 5: Instrumento de recolección de datos	89
Anexo N°6: Informantes claves en validación de instrumento	95
Anexo N°7: Carta de adjudicación de fondos para la investigación	96
Anexo N°8: Carta Gantt	99
Anexo N°9: Correlaciones entre dimensiones y edad	100
Anexo N°10: Correlaciones entre dimensiones y sexo	100
Anexo N°11: Correlaciones entre dimensiones y multiempleo	100
Anexo N°12: Correlaciones entre dimensiones y formación académica	101
Anexo N°13: Correlaciones entre dimensiones y años de ejercicio profesional	101
Anexo N°14: Correlaciones entre dimensiones y sistema de turno	101
Anexo N°15: Correlaciones entre dimensiones y horas de trabajo	102

TABLAS

Tabla N°1: Definición variable de caracterización y sus componentes.	23
Tabla N°2: Definición variable del modelo institucional y sus componentes.	26
Tabla N°3: Definición variable del modelo institucional.	27
Tabla N°4: Operacionalización de la variable de caracterización.	28
Tabla N°5: Operacionalización de variable del modelo institucional.	30
Tabla N°6: Operacionalización de variable del modelo biomédico.	32
Tabla N°7: Distribución de la población en los diferentes servicios del Hospital Dr. Gustavo Fricke.	36
Tabla N°8: Componentes de la descripción del instrumento.	39

Tabla N°9: Confiabilidad del instrumento según Hernández.	40
Tabla N°10: Intervalos de análisis de datos.	41
Tabla N°11: Caracterización de la muestra	47
Tabla N°12: Percepción del profesional enfermera/o de la variable modelo institucional.	49
Tabla N°13: Percepción del profesional enfermera/o de la variable modelo biomédico.	50
Tabla N°14: Correlación entre perfil psicosocial y componentes de caracterización.	51
Tabla N°15: Correlación entre gestión de recursos y componentes de caracterización.	52
Tabla N°16: Correlación entre diagnóstico biológico y componentes de caracterización.	54

GRÁFICOS

Grafico N°1: N° de profesionales enfermera/o participantes v/s total de enfermeras/os por servicio.	46
Grafico N°2: Promedio de horas de trabajo, pacientes a cargo y personal a cargo.	48

CAPITULO I
INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

Se aprecia un distanciamiento entre el profesional enfermero/a y la persona atendida y sus familias. Esta relación de cuidado se ha *invisibilizado*, ya que el ejercicio profesional en la actualidad se ha centrado principalmente en las funciones administrativas que obedecen a exigencias del mercado del sistema de salud, pasando a un segundo o tercer plano la relación interpersonal entre el profesional enfermero/a y la persona atendida (1). La persona atendida que necesita de ayuda ha sido substituida por la enfermedad, el foco del trabajo se ha trasladado fundamentalmente, al proceso terapéutico, al interior de una estructura asistencial, basada en un modelo biomédico.

Las rutinas y procedimientos se vuelven más importantes que la propia persona, el profesional enfermero/a se enfrenta a un ser humano que siente dolor, angustia, ansiedad, sumado a una familia que tiene dudas y miedos, a la cual hay que acoger, escuchar, educar; en definitiva, *cuidar* (2).

En la actualidad, el carácter del cuidado se ha desplazado hacia una mayor atención al seguimiento y control de procesos estandarizados y sistematizados, con deterioro en la relación comprensiva y afectuosa entre el profesional enfermero/a y la persona atendida (3), además se suman factores externos inherentes a las instituciones y sus recursos, así como también se presentan diversos factores relativos a los profesionales que afectan o benefician la atención orientada hacia un trato humano. Como resultado, cada uno de estos factores va influyendo en el aspecto funcional del profesional enfermero/a, existiendo una tendencia a no prestar especial atención a las personas, como seres particulares que piensan, sienten y vivencian los procesos de salud y enfermedad.

A través de la historia se ha identificado al profesional enfermero/a como el responsable del cuidado de aquellas personas tanto enfermas como sanas. El cuidado es visto como una actitud ética, donde los seres humanos perciben y reconocen los derechos del otro, así las personas se relacionan de forma que promueven el crecimiento y el bienestar propio como el de los demás (4).

En nuestro país, el Código Sanitario menciona que los servicios profesionales enfermeros/as comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención, restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente (5), lo anterior es formulado con el objetivo de definir el rol profesional, sin explicitar el carácter del cuidado.

El cuidar es parte fundamental del *ser* y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a *ser* (6), estas palabras expresadas por Watson, fue el sustento para la elaboración de la teoría de los cuidados transpersonales, en la cual plantea que la enfermería es una disciplina que apunta al cuidado integral, considerando elementos disciplinares y profesionales (7), es decir, la enfermería tiene bases científicas y únicas de la disciplina, pero además está constituida por una actividad innata a la condición humana, que es el cuidar. Es así como la teoría de Watson invita a cambiar el actuar frente a la persona, para retornar a las raíces del cuidado, que es *delicado y frágil* (7).

Junto con lo anterior y las propias experiencias del equipo investigador vivenciadas durante las prácticas clínicas orientadas al cuidado del adulto y adulto mayor, desarrolladas en los distintos servicios de salud de la V región del país, se ha observado una influencia de factores externos determinantes que podrían actuar como elementos facilitadores o como barreras para que el profesional enfermero/a desarrolle su rol como *ser cuidador* de acuerdo al enfoque de Watson.

Para determinar los factores que actúan como elementos facilitadores o barreras para brindar cuidado humanizado, surge la pregunta de investigación ¿Cuál es la percepción del profesional enfermero/a acerca de las barreras y facilidades institucionales y del modelo biomédico para brindar cuidado humanizado, en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, durante el 2º semestre del año 2015?

La estrategia de investigación para el estudio ha sido el diseño de un instrumento de recolección de datos por parte del equipo de investigación, para determinar barreras y elementos facilitadores, que el profesional enfermero/a identifica en su entorno a la hora de brindar cuidado humanizado y de esta manera cuantificar las variables preestablecidas en el ámbito institucional y derivadas del modelo biomédico, y de las características personales, académicas y laborales de los profesionales enfermera/o influyen en ellas.

A través del análisis de los resultados ha sido posible aportar una visión que permita ser útil para futuros estudios, orientando a una mejor comprensión del fenómeno, tanto para las instituciones de salud, como para los propios profesionales que laboran en ellas.

1.2. Planteamiento del problema

El problema de estudio surge a través de la observación de la persona como un *ser de cuidado* que manifiesta un grado de insatisfacción, es así como entre los reclamos más frecuentes se encuentra la llamada *deshumanización*, asociada a otorgar una atención con un alejamiento que lastima la dignidad de la persona (8). Esta situación ha sido abordada a nivel internacional por los trabajos de la Dra. Jean Watson, autora de la “*teoría del cuidado humano*”, señalando que “...ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente o su déficit a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación, por parte de los profesionales de enfermería” (9).

Para un rescate intencionado del cuidado humanizado, es necesario identificar algunas de las barreras, entendidas como aquellos factores que alejan el trabajo del profesional enfermero/a de su visión humanista y holística del cuidar. Con ello, es importante identificar la existencia de factores facilitadores, o herramientas con las que cuentan los profesionales para brindar un cuidado humano, asegurando condiciones institucionales óptimas y adecuadas para un buen desempeño del profesional, así como también reconocer las cualidades propias que deben desarrollar para el desempeño en su rol como *ser cuidador*.

1.3. Objetivos del estudio

1.3.1. Objetivo general

Describir las barreras y factores facilitadores percibidos por el profesional enfermero/a, para otorgar un cuidado humanizado, en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, de la ciudad de Viña del Mar durante el II semestre del año 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar características personales, tales como, sexo, edad, años de ejercicio profesional, formación académica, sistema de turnos, cargo desempeñado, multiempleo, horas de trabajo, número de pacientes a cargo y número de personal a cargo del profesional enfermero/a
- Describir la percepción que tienen los profesionales de enfermería acerca de las barreras y facilidad para brindar cuidado humanizado, desde la perspectiva del modelo institucional y sus componentes.
- Describir la percepción que tienen los profesionales de enfermería acerca de las barreras y facilidad para brindar cuidado humanizado, desde la perspectiva del modelo biomédico y sus componentes.
- Correlacionar las características del profesional enfermero/a con la dimensión perfil psicosocial del modelo institucional.
- Correlacionar las características del profesional enfermero/a con la dimensión gestión de recursos del modelo institucional.
- Correlacionar las características del profesional enfermero/a con la dimensión diagnóstico biológico del modelo biomédico.

1.4. Pregunta investigativa

¿Cuál es la percepción del profesional enfermero/a acerca de las barreras y facilidades institucionales y del modelo biomédico para brindar cuidado humanizado, en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, durante el II semestre del año 2015?

1.5 Ejes generadores

El estudio plantea algunos elementos referenciales, contextuales y epistemológicos, desde donde nace la pregunta investigativa.

- Reconocimiento de las personas y respeto por sus vidas.
- El valor de la profesión de enfermería como arte y disciplina.
- El cuidado integral, de calidad y seguro de las personas atendidas.
- El cuidado humanizado como indicador de calidad en salud.
- Ley de derechos y deberes del paciente.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO EMPÍRICO

La enfermería como profesión encargada del cuidado, se posiciona de forma más relevante durante la segunda mitad del pasado siglo, trasponiendo los límites científicos de la prestación de servicios, siendo reconocida en la comunidad científica como una profesión dedicada al cuidado del otro (10). Es por ello que fue un gran logro en el ámbito de la enfermería en nuestro país, que los profesionales enfermeros/as fueran reconocidos y se les asignara la responsabilidad de la gestión del cuidado de las personas atendidas de los sistemas hospitalarios. Esta gestión del cuidado es entendida como el ejercicio del profesional enfermero/a sustentado en su disciplina, la ciencia del cuidar, concebida como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución (5).

Es así como el Gobierno de Chile busca que las instituciones sanitarias mejoren la salud de la población, disminuyan las desigualdades sociales en materia de acceso a la salud, aumenten la satisfacción de las personas y aseguren la calidad de las prestaciones de salud (11). Esta calidad se evalúa a través de la medición de la percepción y la satisfacción del usuario respecto a los cuidados de enfermería otorgados, ya que los profesionales de enfermería constituyen un gran porcentaje del recurso humano disponible para brindar servicios de salud, desde el ingreso del usuario hasta su egreso, razón por la cual son el contacto permanente y progresivo (12). Por ello las personas atendidas evalúan aspectos que consideran importantes para la atención dentro de los cuidados de enfermería brindados durante sus estancias en los servicios hospitalarios como lo son la comunicación, el afecto, la proximidad, la compañía, la empatía, el trato individualizado y humano, más allá de lo técnico o procedimental (12).

El cuidado humanizado incluye variados detalles que pueden ser percibidos en forma diferente por enfermeros/as y pacientes; si bien, para estos profesionales puede no revestir importancia realizar ciertas acciones o tener determinados gestos, para la persona atendida y su familia pueden ser mensajes que favorecen o entorpecen la comunicación; no solo se trata, en la visión de estos, de ofrecer lo último en tecnología o procedimientos actualizados, sino que hay

detalles que son importantes en la forma de la interacción del cuidado, tales como el saludo y el reconocimiento mutuo (13).

Se analiza el cuidado entregado por el profesional enfermero/a en los diferentes ámbitos del desarrollo profesional, donde se establece que la humanización del cuidado requiere de tiempo, de recursos, de una buena relación transpersonal y de un compromiso explícito de la institución. Esto no quiere decir, que para realizar cuidado humanizado se emplee más dinero, sino que se debe invertir en ello y gestionar los recursos de la mejor manera para poder lograr la contratación de más personal, ambientar los servicios para entregar una atención personalizada al usuario y su familia, al incorporar otros aspectos importantes en la atención de éstos (2). Cumplir con algunos de estos requisitos da facilidades para brindar una atención de salud más humanitaria; sin embargo, en muchas instituciones, este tipo de consideraciones no se pueden aplicar, ya que las limitantes o barreras suelen pasar desapercibidas para el personal de salud.

El problema de la *deshumanización* del cuidado se ha revelado, a nivel internacional por los trabajos de la Dra. Jean Watson, autora de la “*Teoría del Cuidado Humano*”, donde sostiene que “...ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente o su déficit a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería” (9).

Entre los reclamos más frecuentes de la población se encuentra la llamada “*deshumanización*”, es decir, cuando se otorga atención con un alejamiento que lastima la dignidad de las personas (8), lo que se transforma en un problema en la calidad de la atención, manifestando un debilitamiento del sentido humano en la relación enfermero/a – persona atendida donde se favorece la valoración de la técnica por encima del componente integral e individual del cuidado (14). La causa de la pérdida del humanismo en el ámbito asistencial es multifactorial, planteando que la responsabilidad de la deshumanización es compartida por el entramado social, la estructura sanitaria, la formación académica, la hegemonía técnica y el propio paciente (15).

Un análisis crítico acerca de la influencia institucional en el trabajo del profesional enfermero/a, concluye que una visión biomédica de la atención en salud provoca en el profesional enfermero/a una sobrecarga de trabajo y una realización de labores en forma mecanizada, determinando que su trabajo se torne invisible, afectando la visión humanista del cuidado (16).

Otro aspecto que aleja a la enfermería del cuidado humanizado, es el tecnologicismo, otorgando mayor relevancia a las técnicas, a los procedimientos y a las supervisiones, significativamente lo anterior es importante, pero no reemplaza la entrega de cariño hacia las personas, ambos aspectos deben ser complementarios y no contrarios. Es difícil, para la enfermería entonces, mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar en las instituciones públicas de salud, donde parecen *invisibilizarse* los cuidados por las labores biomédicas (2).

Enfermería debe entender, que tradicionalmente, ha sido continuadora de la ciencia médica, en un enfoque curativo de la enfermedad; en la actualidad es necesario reflexionar y empezar a valorar los cuidados como algo mucho más apreciado y a otorgarle una representación y visibilización en la práctica (6).

De esta manera, el presente estudio pretende identificar la existencia de factores facilitadores o de barreras para otorgar cuidado humanizado. Es así como las barreras son entendidas como aquellos factores que alejan el trabajo del profesional enfermero/a de su visión humanista y holística del cuidado, esto se contrapone con factores facilitadores que permiten brindar un cuidado más humanizado, holístico y completo durante la atención.

2.2 MARCO EPISTEMOLÓGICO

2.2.1 JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE LOS CUIDADOS TRANSPERSONALES

Para concebir de manera teórica lo que implica el cuidado humanizado, el estudio se ha basado en el pensamiento de la Dr. Jean Watson y su teoría de los cuidados transpersonales, con el objetivo de definir el paradigma de la enfermería centralizada en la esencia del ser humano y los cuidados auténticos. Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del *ser* y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a “*ser*”, basando su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (6).

Dentro de los supuestos (asumidos como correctos, aunque sin comprobación) se encuentran:

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado.
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa.
- La práctica del cuidado es central en la enfermería.

Como queda expuesto en los supuestos, la enfermería es una disciplina que apunta al cuidado integral, considerando elementos disciplinares y profesionales (7), ambas partes se fusionan para lograr la efectividad de una mirada holística que involucra al ser humano en su integralidad y dualidad de cuerpo y alma. Para detallar de manera más profunda lo que implica la gestión del cuidado humanizado, la Dr. Jean Watson presenta los factores caritativos del cuidar, los cuales están definidos por:

1. Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente.
2. Ser auténticamente presente, permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado.
3. El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión.
4. Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza.
5. Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida.
6. El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencial.
7. Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro.
8. Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz.
9. La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger.
10. El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales.

Es así cómo se invita a cambiar la actuación frente a la persona atendida para volver a las raíces del cuidado, que es delicado y frágil; invita a ser creativos; a tener amor a la profesión; a vivir el momento del cuidado (7).

2.3 MARCO CONTEXTUAL

2.3.1 GESTIÓN DEL CUIDADO EN CHILE

Las acciones asistenciales y humanas de enfermería se caracterizan por estar abocadas a brindar una interacción segura hacia las personas, familias y comunidades. Es por este cometido, que en el año 1997 en nuestro país se incorporó al código sanitario la definición del rol social de nuestra disciplina, reconociéndose así la labor que cumple el profesional enfermero/a de una forma general, establecida a través de la política pública. A partir de ello, se asigna una labor ética, legal y social al profesional enfermero/a en relación a la gestión del cuidado, esto nos obliga a asumir un compromiso y una responsabilidad: asegurar la continuidad y calidad de los cuidados (17).

La gestión del cuidar, implica el ejercicio de la labor reconocida como característica universal de la profesión, que busca ejecutar de manera óptima el rol profesional y las funciones derivadas, cumpliendo con la calidad requerida en la entrega de la atención, para esto es necesario el desarrollo de competencias profesionales que respalden dicho desempeño. El término cuidado, para la enfermería debe analizarse desde varias dimensiones y perspectivas, desde la gestión debe permitir brindar un cuidado planificado, utilizando los recursos disponibles, fijando objetivos, metas y estrategias, sin olvidar que el contexto, es el de cuidar a personas, seres humanos en toda su integralidad (17).

Resumiendo, la naturaleza y el alcance de la gestión del cuidado, en cuanto a función, tiene como finalidad el cuidado de la persona, la garantía de sus derechos y la eficiencia y eficacia en la asignación de los recursos: cuantificación de los beneficios sociales y económicos, relación costo- efectividad y distribución de los servicios de enfermería a nivel del usuario y a nivel social, definiendo y estableciendo límites entre los demás profesionales de la salud, y

caracterizando al profesional como empoderado en el rol de cuidar, no sólo en una función de procedimientos médicos, sino que además en un papel social y administrativo (18).

En Chile, el reconocimiento de la enfermería, como principal ejecutor del rol de gestión del cuidar, se ha visto descrito en las legislaciones establecidas y modificadas conforme cambian los requerimientos nacionales, así podemos evidenciar que en la Norma General Administrativa N°19 del año 2007 (5) añade que la gestión del cuidado, es uno de los componentes básicos que contribuyen al desarrollo de la gestión clínica hospitalaria, siendo que la gestión clínica se sustenta en dos pilares fundamentales: la gestión médica “de curar” y la gestión de enfermería de “cuidar” (18).

2.3.2 NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA N°19

Como se ha planteado anteriormente, los avances que ha generado la formulación de la norma general administrativa N° 19, del año 2007, hace referencia al modelo de la gestión del cuidado de enfermería; en cuanto a dar un respaldo de responsabilidad legal al quehacer de enfermería, especialmente en los centros de salud que brindan atención cerrada. Esta disposición nace de la definición del artículo 113 del Código Sanitario y al nuevo ordenamiento orgánico funcional para el modelo de atención en salud; permitiendo operacionalizar el modelo de gestión del cuidado de enfermería e implementar los procedimientos técnicos y administrativos que aseguren los mejores resultados en la atención de los usuarios, de esta manera se planea definir responsabilidades, atribuciones y recursos, humanos y materiales adecuados para lograr la mejor entrega de los cuidados (5).

La legislación consagra la gestión del cuidado, como función propia y exclusiva de la enfermera/o (18) es decir, determina una autonomía profesional, ética y legal, contando con atribuciones para organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados, a fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural y en concordancia con las políticas y normas establecidas, todo esto mediante actos propios de la enfermera dirigidos a la atención en salud (5).

El desempeño ejercido por el profesional enfermero/a no es solo de tipo legal, sino que, además, la enfermería se posiciona como una profesión que requiere conocimientos éticos para guiar la práctica, en un marco de servicio a la población, respeto por la vida humana y autonomía de las personas (19).

Por otro lado, junto con lo anterior en el año 2012, se implementa la ley N° 20.584, de derechos y deberes de las personas en relación a las acciones vinculadas a la atención de salud; que expone que al profesional enfermero/a le corresponde un importante papel en defensa de los derechos de las personas.

2.3.3 LEY DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN A LAS ACCIONES VINCULADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

La Ley N°20.584 delimita los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (20) entrando en vigencia en octubre del año 2012, reconoce un cambio en la relación con las personas atendidas, desde un modelo paternalista, con un carácter de beneficencia, hacia un modelo que reconoce la autonomía de las personas, para la toma de decisiones de forma informada, considerando los valores del enfermo como elemento principal para el discernimiento de las decisiones finales (21).

Junto con la capacidad de elección, las personas tienen el derecho a tener un trato digno (22). Las instituciones tienen que velar para que se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención, (Art. 5° a), que se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas (Art. 5° b), lo que incluye llamar a los pacientes por su nombre, respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona y no realizar acciones de difusión sin previo consentimiento, entre otras. Junto con los derechos se establecen los deberes de las personas que acuden a los servicios de salud, en un marco de respeto con el equipo de salud y de las instituciones. Sin embargo, aún queda mucho por avanzar en la humanización de la atención, en la excelencia de los cuidados con los pacientes, en la calidad asistencial y en el profesionalismo que tenga en cuenta la competencia, pero también los valores de servicio, la beneficencia y la solidaridad social (22).

Dentro de la atención otorgada a las personas existen los llamados cuidados invisibles, siendo aquellos que otorga el profesional de enfermería, pero no aparecen registrados en la documentación institucional y que son mayormente valorados por las personas, tales como la comunicación efectiva, el acompañamiento, la empatía, la escucha activa, proximidad en situaciones complejas, satisfacción de necesidad espiritual respetando sus creencias, entre otros, los cuales dan una oportunidad para generar una humanización de la atención en salud (21, 22).

2.3.4 CUIDADOS INVISIBLES

La enfermería ha experimentado cambios drásticos como respuesta a las necesidades y a la influencia de la sociedad (23), para cumplir con los desafíos demandados, el enfermero/a ha requerido mejorar sus competencias profesionales, desarrollar la autonomía y el liderazgo para gestionar el cuidado; siendo este último, una aportación específica del profesional hacia la atención de la salud (18) lo que supone un compromiso humanista y un interés por sus semejantes (17).

En la actualidad, la función propia del enfermero/a es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila, que pudiera realizar por sí mismo si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimientos, y a realizarlo de tal forma que lo ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible (24), siendo el deber *ser* del enfermero/a el velar por la salud de las personas a través del cuidado (25).

Entendiendo que el cuidado tiene dos dimensiones fundamentales, una profesional técnica-procedimental y una humanista ética-valórica, siendo la primera donde se evidencian cuidados visibles y la segunda, donde se instalan los cuidados menos visibles, pero fundamentales para el reconocimiento del rol e identidad profesional (26).

Los cuidados invisibles por su carácter no técnico y cualitativo, no son registrables provocando dificultades para lograr un reconocimiento de estos, además no podemos medir su eficiencia, ni determinar qué peso deben tener dentro del conjunto de cuidados. Estos, contribuyen al completo bienestar de los usuarios y de la población en general, provocando un

impacto en la recuperación y mejoría de los pacientes y su extensión social, estos cuidados influyen sobre la persona, su familia y entorno para buscar la recuperación (26).

Por último, el enfermero/a debe encontrar un punto medio donde exista la combinación de ambas partes esenciales en la profesión, el lado humanista y el lado de la profesionalización (26). El problema comienza a generarse cuando por diversos factores existe una priorización de un aspecto sobre el otro, es decir, se privilegia la mirada profesional que abarca tratamiento y ciencia, por sobre lo humano de cada una de las personas que desempeñan su rol en el equipo de salud. Esta es una lucha que se ha llevado de manera histórica y que podemos definir esencialmente como modelo biomédico.

2.3.5 MODELO BIOMÉDICO

El modelo biomédico es una construcción epistemológica e histórica que se ha gestado como consecuencia de la relación conceptual establecida entre la salud - enfermedad y la concepción científica positivista (27). A lo largo de la historia de la medicina y el enfoque de la salud, el modelo biomédico ha sido una herramienta que ha ayudado a conocer el funcionamiento del cuerpo y las patologías, de esta manera ha sido un gran aporte para el tratamiento y el alivio de las enfermedades; ha permitido la generación de conocimiento que ha sido utilizado para mejorar las condiciones de vida de la población, sin embargo se ha descuidado a la persona, la cosificación de lo patológico, relegando el papel humano a un segundo lugar. (27).

Desde sus inicios las instituciones hospitalarias se han organizado en base al saber médico, centrándose en la patología, siendo la hegemonía del modelo biomédico la que influyó profundamente en los cuidados otorgados por la enfermería, dependiendo cada vez más del parámetro biológico y centrando su quehacer en la curación. Lo anterior se traduce en una desviación de los cuidados y de la persona enferma hacia la enfermedad, la técnica y la tecnología (28); aún en el día de hoy, persiste la concepción que visualiza el paradigma orgánico funcionalista del saber médico, definiendo la estructura corporal como una suma de procesos bioquímicos y fisiológicos, sin considerar explícitamente al ser humano como un todo (29).

Este modelo fragmenta al ser humano, sobrevalorando lo biológico-orgánico y las aplicaciones tecnológicas (28), despojando al fenómeno de su entorno socio-cultural e histórico; consecuencia de esto es que el acto médico pasa a ser un acto técnico y no un acto social. (30). La tecnologización en el cuidado ha generado repercusiones para la enfermería, modificando el tipo de cuidado y alejándose de las personas, disminuyendo la empatía y dificultando los procesos de interrelaciones, tanto con el usuario, como con el equipo de salud.

La mirada positivista del cuidado hace que este se vuelva generalizable, fragmentado y centrado en lo biológico, lo que impide visualizar el gran abanico de necesidades en salud que el ser humano pudiese presentar. La visión de la enfermería debería considerar la multidimensionalidad de los cuidados, estableciendo además que lo físico y lo biológico es un aspecto integrado a un todo (28).

Es importante revelar que la competencia del profesional, se debería medir no solo por cuantos procedimientos exitosos ha realizado como contribución a la recuperación de las personas, sino que además cuántas relaciones comunicacionales ha realizado con los pacientes y sus familias.

La organización curricular cada vez que basa los contenidos fragmentando al ser humano por sistemas, con una aplicación ideológica de la dicotomía del positivismo, orientado a la causa-efecto, no contribuye de manera explícita para establecer el carácter del cuidado que los futuros profesionales deben brindar. Frente a este escenario, es necesario que en el proceso de formación de enfermeros/as se comprenda la importancia de cambiar la mirada biomédica, para lograr una perspectiva holística del ser humano y brindando cuidados, orientados hacia la calidad, eficacia y humanización (28, 31).

De igual importancia, existe otro punto que contribuye a que el modelo biomédico continúe estando presente a través del tiempo, y es que a raíz de factores no manejables por los profesionales se ha protocolizado el arte de cuidar. De esta forma no es sorpresa que dentro de las indicaciones médicas se vea reflejado como un último punto el “brindar cuidados de enfermería”. Esta formalidad, muchas veces establecida por las propias instituciones, lleva a un retroceso que abarca desde la pérdida de autonomía hasta la deshumanización con la persona,

pues se convierte en una indicación más a cumplir y no en la entrega del cuidado con carácter bondadoso y esencial. Esta situación de trámites, exigencias y regulaciones son parte de lo que compone el modelo institucional.

2.3.6 MODELO INSTITUCIONAL

Las instituciones sanitarias poseen un modelo de organización en donde asocian personas reguladas por un conjunto de normas en función de determinados fines (32). En la actualidad se busca mejorar la salud de la población, disminuir las desigualdades sociales en materia de acceso, aumentar la satisfacción de las personas y asegurar la calidad de las prestaciones (11).

Dentro del modelo institucional se aprecia un enfoque de competencia laboral aplicado a las políticas, los programas de formación técnica y capacitación de recursos humanos. Ese enfoque se manifiesta en diferentes planos de la transformación productiva, entre los que cabe destacar: la generación de ventajas competitivas en mercados globales; la dinámica de la innovación tecnológica, organización de la producción y del trabajo; la gestión de recursos humanos y las perspectivas de los actores sociales (33). Además, los subsistemas institucionales tienden a ser imperturbables en sus normas y logran un control social (34) en las personas que ingresan a ellos, de tal forma que rápidamente los individuos se adaptan a sus normas y funcionamiento. Bajo este contexto el profesional enfermero/a debe adaptarse a las exigencias del mercado laboral para cumplir con lo solicitado por cada institución y además cumplir con las diversas labores que le son asignadas.

Según lo mencionado anteriormente el profesional enfermero/a en la institución cumple diversos roles y actividades, como miembro del equipo de salud realiza procedimientos y funciones que forman parte del proceso productivo general de la institución y sin ellos no es posible entregar el producto final que, en este caso, es el cuidado de enfermería el cual busca promover o recuperar la salud y prevenir o tratar la enfermedad. (35)

La función de enfermería en el cuidado de los pacientes es compleja y requiere tiempo, pues se inscribe en el mundo subjetivo y de la vida: los profesionales enfermeros/as deben, de alguna forma, ponerse en la piel de cada paciente para conocer qué clase de ayuda necesitan de ellos (36).

En el modelo institucional cada profesión representa una actividad mediante la cual se presta un servicio específico a la sociedad de forma institucionalizada. Las condiciones de infraestructura y ambiente, la organización del trabajo y las competencias del profesional enfermero/a son el primer paso para el proceso de humanización en la atención.

Es así como queda expuesto que la institución juega un rol determinante en cómo se ven influenciados los profesionales en desempeño y ambiente para la entrega de cuidados, actuando sobre las características propias y externas. Consecuente con esto, dado que nuestro estudio fue realizado en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, es importante conocer de manera más profunda su rol, misión y organización.

2.3.7 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

El Hospital Doctor Gustavo Fricke ubicado en la ciudad de Viña del Mar, se inaugura en el año 1954 en el edificio que actualmente se encuentra en funcionamiento, su nombre hace referencia al Dr. Gustavo Fricke Schencke, impulsor de su construcción. Actualmente la dirección del Hospital está a cargo del Dr. Rodrigo Ahumada Mercado, médico infectólogo/internista, mientras que la subdirección de gestión del cuidado le corresponde a la Enfermera Gloria Balcázar Pérez (37).

Es un centro de alta complejidad a nivel local como regional, dependiente del Servicio de salud Viña del Mar – Quillota. Posee las características de ser un hospital autogestionado en red por su consolidación financiera y su desarrollo institucional, además de estar acreditado en calidad por parte de la Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile. Dicho Hospital atiende diversas complicaciones de la salud a nivel regional y es el centro base en cirugía y trasplante cardiovascular (37).

Para cumplir con una atención de alta calidad se cuenta con una dotación de personal compuesta por 1.605 personas: 263 médicos, 577 técnicos, 348 profesionales, 12 químicos farmacéuticos, 22 odontólogos, 202 auxiliares y 171 administrativos. Posee 440 camas disponibles, además cuenta con servicios y unidades de atención para la salud las cuales son (37):

- 1. Servicios Clínicos:** Medicina interna, cirugía adultos, cirugía infantil, obstetricia y ginecología, pediatría, cirugía cardiovascular, oftalmología, urología, traumatología adultos, traumatología infantil y pensionado.
- 2. Unidades de apoyo diagnóstico:** Radiología, laboratorio clínico, banco de sangre, anatomía patológica y medicina nuclear.
- 3. Unidades de apoyo terapéutico:** Unidad de emergencia, consultorio de especialidades, unidad de paciente crítico, anestesia y pabellones quirúrgicos, kinesiología, terapia ocupacional y odontología.

2.3.8 SUBDIRECCION DE ENFERMERÍA

La gestión clínica hospitalaria se sustenta en dos pilares fundamentales: la gestión médica de curar y la gestión de enfermería de cuidar, esto surge de la premisa de que el cuidado es el aporte específico del profesional enfermero/a a la atención de la salud, a partir de esto las instituciones han implementado las Unidades de Gestión del Cuidado, bajo la supervisión de una Subdirección de Enfermería.

El Reglamento de los Servicios de Salud (2005) y la Norma Administrativa N° 19, del Ministerio de Salud (2007) entregan las bases orgánicas funcionales de las Unidades de Gestión del Cuidado, para la atención cerrada (18), las cuales establecen una nueva organización de los servicios de enfermería, contemplando la autonomía del profesional enfermero/a la cual otorga oportunidad de participar en la toma de decisiones a partir de 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 sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución (18).

Es relevante destacar que el profesional enfermero/a es el responsable legal del cuidar, y posee participación activa en el modelo de atención progresiva, es por esto que la subdirección del cuidado debe velar por las necesidades de los pacientes, familia y la comunidad, ya que otorga una cartera de servicios considerando el uso más racional de los recursos, por lo cual constituye una forma de humanizar la atención.

La enfermería tiene un alto impacto social ya que los servicios que otorgan en un hospital significan más del 70% de las intervenciones y una parte significativa del presupuesto hospitalario (18), es por esto que la responsabilidad de la gestión del cuidado corresponde a los enfermeros/as, debido a que la resolución de problemas específicos requiere de un criterio profesional, con estándares éticos, conocimientos propios de la disciplina y un respaldo legal. Es precisamente por esto que el cuidado no se puede delegar o encargar, la responsabilidad es intransferible, debido a que el cuidado tiene un alcance en la atención que incluye a todas las personas, durante todo el ciclo vital, en todos los niveles de atención, desde el nivel primario de atención hasta la atención altamente compleja y tecnologizada.

Surge la necesidad de profundizar la organización de la gestión del cuidado a través del desarrollo de nuevas competencias en los profesionales enfermeros/as y la elaboración de protocolos utilizando el proceso de enfermería implementándolos como herramienta para la atención progresiva.

2.4. VARIABLES

2.4.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES

El presente estudio se realizó en función de las variables de caracterización de la muestra, modelo institucional y el modelo biomédico. Para poder comprender el sentido que se les otorgará en el transcurso de la investigación, es necesario establecer una definición para cada una considerando sus respectivos componentes.

Variable de caracterización	
Hace referencia a los aspectos necesarios para ejercer el rol de gestora del cuidado en enfermería, que son factores personales, académicos y laborales, cada uno de estos aspectos influye en el aseguramiento de la calidad de los cuidados otorgados, al igual que la continuidad de los mismos (17).	
Dimensión personal	
Características de la persona o relativo, propio o particular de ella (38).	
Subdimensiones	Definición
Edad	Tiempo cronológico transcurrido a partir del nacimiento de la persona (39), hasta la fecha de participación en el estudio.
Sexo	Características biológicas (anatómicas, fisiológicas, hormonales, etc.) que distinguen a mujeres y a hombres (40).
Multiempleo	Situación en que el trabajador ejerce su profesión en dos o más lugares, independientes entre sí (41).

Servicio	Conjunto de servicios médicos especializados reagrupados en un hospital. Un conjunto de servicios hospitalarios constituye un polo hospitalario y éste último reagrupa, por ejemplo, un servicio de gastroenterología, de nefrología, etc. (42).
Dimensión académica	
Perteneiente o relativo a la formación y desarrollo como profesional enfermero/a.	
Subdimensiones	Definición
Años de ejercicio	Tiempo transcurrido en un empleo o trabajo que alguien ejerce (43) hasta la fecha de participación en el estudio.
Formación académica	Conjunto de modalidades de aprendizaje sistematizado que tienen como objetivo la formación socio-laboral, para y en el trabajo, involucrando desde el nivel de calificación de introducción al mundo del trabajo hasta el de alta especialización (44).
Dimensión laboral	
Estado o constitución de las cosas y personas (45), aplicándolo a lo laboral, hablamos de estado o constitución del trabajo.	
Subdimensiones	Definición
Cargo en el servicio	Función del profesional enfermero/a, en la cual tiene la responsabilidad de hacer o cumplir algo (46), dentro del servicio hospitalario.
Pacientes a cargo	Personas que padecen física y mentalmente, especialmente quien se halla bajo atención médica (47) y que el profesional enfermero/a tiene a su cargo.
Personal a cargo	Conjunto de las personas que trabajan en un mismo organismo (48) de las cuales el profesional enfermero/a es responsable de su actuar.

Sistema de turnos	Método de organización del trabajo en el cual el equipo de colaboradores se sucede en los mismos puestos de trabajo para realizar la misma labor; trabajando cada uno de estos en cierto tiempo o "turno" con el fin de que la empresa pueda mantener la actividad durante mayor tiempo que el fijado por jornada o cada trabajador (49).
Horas de trabajo	Número de horas normales y extraordinarias efectivamente trabajadas por los empleados remunerados (50).

Tabla N°1: Definición variable de caracterización y sus componentes.

Variable modelo institucional	
Es un tipo de organización donde existe una asociación de personas reguladas por un conjunto de normas en función de determinados fines (32).	
Dimensión perfil psicosocial	
Conjunto de conocimientos y habilidades psicosociales necesarios para realizar una correcta práctica clínica (51).	
Subdimensiones	Dimensión
Competencia comunicacional	Comprende las aptitudes y los conocimientos que el profesional enfermero/a debe poseer para utilizar sistemas lingüísticos y translingüísticos que están a su disposición (52).
Competencia cultural	Conocimientos, actitudes, conductas e incluso políticas que capacitan a un profesional enfermero/a para trabajar en diferentes contextos interculturales (53).
Dimensión gestión de recursos	
Conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa (54).	
Subdimensión	Dimensión
Proceso de alta	Conjunto de actividades que se realizan para favorecer la continuidad de cuidados a la persona y familia fuera del medio hospitalario, coordinándose con otros profesionales sanitarios si fuera necesario (55).
Infraestructura y ambiente	Espacios físicos que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una organización cualquiera la institución (56).
Trabajo en equipo	Comunidad de personas que comparten significados y una/s metas/s común/es, cuyas acciones son interdependientes (57).
Tiempo disponible	Tiempo para el cumplimiento del rol en donde el enfermero/a brinda los cuidados a la persona.

Tabla N°2: Definición variable del modelo institucional y sus componentes.

Variable modelo biomédico	
Se basa en una concepción patologista, en donde la enfermedad suele estar en el centro de la escena y es la razón del encuentro entre profesional y la persona atendida (58), priorizando las técnicas y no a la persona	
Dimensión diagnóstico biológico	
Diagnóstico realizando en base a procedimientos de tipo biológico (58), es decir, lo psicológico y social se descarta.	
Subdimensiones	Definición
Rol curativo	La competencia o éxito de un profesional se define en función de curar enfermedades y salvar vidas (58).
Tecnicismo	La técnica se refiere a la formación de un sistema comprendido por una estructura cuyo propósito es una absoluta eficiencia de los métodos y los medios (59). Se prioriza la realización de procedimientos protocolares, no atendiendo a las diferencias individuales

Tabla N°3: Definición variable del modelo institucional.

2.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	SUB DIMENSION	INDICADORES	PREGUNTA
Caracterización	Personales	Edad.	a) 22 - 30 b) 31 – 40 c) 41 – 50 d) 51– 60 e) 60 o más	1
		Sexo	a) Hombre b)Mujer	2
		Multiempleo	¿Trabaja en otra institución que no sea en el Hospital Dr. Gustavo Fricke? a) Sí b) No	8
		Servicio	Servicio o unidad en la que trabaja en el Hospital Dr. Gustavo Fricke _____ (Indicar)	4
	Académicas	Formación académica	a) Estudios post grado (Magister y/o doctorado) completos b) Estudios post grado (Magister y/o doctorado) en curso c) Estudios de pos-título (Diplomado y especialidades) completos d) Estudios de pos-título (Diplomado y especialidades) en curso e) Solo pre grado Otro _____ (Indicar)	9
		Años de ejercicio como profesional enfermero/a	a) 0 – 3 años b) 4 – 6 años c) 7 – 10 años d) 10 años o más _____ (Indicar)	3

Continúa

VARIABLE	DIMENSION	SUB DIMENSION	INDICADORES	PREGUNTA
Caracterización	Laborales	Cargo	Cargo asignado en el servicio o unidad del Hospital Dr. Gustavo Fricke _____ (Indicar)	5
		Pacientes a cargo	Número promedio de personas atendidas asignados/as durante un turno en el Hospital Dr. Gustavo Fricke _____ (Indicar)	6
		Personal a cargo	Número promedio de personal a cargo (enfermeras, técnicos paramédicos, otros) durante el turno en el Hospital Dr. Gustavo Fricke _____ (Indicar)	7
		Sistema de turno	Sistema de turnos que realiza en El Hospital Dr. Gustavo Fricke _____ (Indicar)	10
		Horas de trabajo	Horas a la semana promedio de trabajo en el Hospital Dr. Gustavo Fricke (diurno y nocturno) _____ hrs. (Indicar)	11

Tabla N°4: Operacionalización de la variable de caracterización.

VARIABLE	DIMENSION	SUB DIMENSION	INDICADORES	PREGUNTA
Modelo institucional	Perfil psicosocial	Competencia comunicacional	Tengo confianza en mis habilidades profesionales para expresar mis decisiones al equipo.	12
			Entrego información y/o educación respecto de los procedimientos a realizar a la persona atendida.	20
			Al realizar educación para la salud a las personas atendidas considero lo que les interesa aprender.	31
		Competencia cultural	Encuentro difícil relacionarme con personas atendidas de culturas diferentes a la mía.	13
			Considero las creencias y/o preferencias de la persona atendida ante un tratamiento o procedimiento.	21
			Durante el transcurso de la jornada cuento con el tiempo suficiente para valorar el contexto sociocultural de las personas atendidas, entendiéndose como las creencias, costumbres y/o situación (es) emocional (es) de ellos.	28

Continúa

VARIABLE	DIMENSION	SUB DIMENSION	INDICADORES	PREGUNTA
Modelo institucional	Gestión de recursos	Trabajo en equipo	Mi servicio cuenta con el personal necesario para realizar las actividades y/o acciones de enfermería.	15
			En el equipo de salud existe colaboración interdisciplinaria.	23
			Realizo trabajo que no me corresponde y que es delegado por otros profesionales.	29
		Infraestructura ambiente	Se da un espacio de intimidad y/o privacidad (física y/o ambiental) adecuado a la familia de la persona atendida.	16
			Se cuenta con un área especial que me otorgue privacidad para tratar con la familia y/o persona atendida.	24
		Tiempo disponible para el cumplimiento del rol	El tiempo del que dispongo para establecer mi relación enfermera-persona atendida es suficiente.	17
			Me siento sobrecargada/o con la disponibilidad de tiempo v/s la cantidad de trabajo.	25
		Proceso de alta	Me veo presionada/o ante el proceso de dar de alta para poder disponer de camas.	14
			Me siento sobrecargada/o de tareas administrativas en el momento de dar altas.	22

Tabla N°5: Operacionalización de variable del modelo institucional.

VARIABLE	DIMENSION	SUB DIMENSION	INDICADORES	PREGUNTA
Modelo biomédico	Diagnóstico biológico	Tecnicismo	El tiempo destinado a cada persona atendida, se utiliza preferentemente o prioritariamente en realizar las técnicas y procedimientos para cumplir las acciones derivadas de la indicación médica.	18
			Las actividades de enfermería se basan y planifican de acuerdo al tratamiento indicado por el médico.	26
		Rol curativo	Durante la jornada, el momento en que me relaciono con las personas atendidas, es cuando realizo los procedimientos de carácter técnico y/o administrativo	19
			Realizo un registro en la hoja de enfermería de los cuidados discretos/invisibles que se otorgan a las personas atendidas.	27
			Reconozco/recuerdo a las personas que atiendo más por su número de cama y/o patología que por su nombre	30

Tabla N°6: Operacionalización de variable del modelo biomédico.

CAPITULO III

MARCO

METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación de carácter cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal, con elementos correlacionales.

3.1.2 PROCEDIMIENTOS ÉTICOS

El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso, en la valoración del proyecto, consideró que la propuesta del estudio cumplía con los principios éticos necesarios para su realización.

Adicionalmente el estudio contó con una certificación del Comité de Bioética y del Comité de Bioseguridad solicitados por el concurso “Los estudiantes primero: hacia una mayor eficacia y eficiencia curricular del pregrado en la UV”.

Este estudio no presentó potenciales riesgos para las personas que participaron voluntariamente en la investigación, puesto que el instrumento que se aplicó no considera situaciones que afecten de alguna manera el área personal y profesional de los participantes.

Se evidenció una realidad generalizada del cuidado humanizado, no constituyéndose, en ningún momento una crítica o análisis personal de cada participante de la investigación; se trabajó bajo la confidencialidad de los datos y los participantes. A su vez, previamente se informó tanto de los objetivos de la investigación, como de la manipulación de los resultados, que no involucra la publicación de nombres, siendo reemplazados por un código numérico.

No se consideró la participación de individuos vulnerables en este estudio. Considera un consentimiento informado firmado (ANEXO N°3 y N°4), protección de la información, autorización del campo de estudio, aceptación de comité de ética de facultad de medicina perteneciente a la Universidad de Valparaíso.

3.1.3 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.3.1 Metodológica

- La muestra al ser no probabilística impide generalizar los resultados del estudio a otros contextos, su fundamentación es el tiempo limitado dispuesto para el trabajo de campo.

3.1.3.2 Operacionales

- Tiempo demandado para la recuperación de las encuestas.
- Aplazamiento en entrega de fondos de proyecto de investigación.

3.2 POBLACIÓN

Población constituida por los profesionales enfermeros/as del Hospital Dr. Gustavo Fricke ubicado en la ciudad de Viña del Mar. Dicho hospital cuenta con una población de N=212 profesionales enfermeros/as distribuidos/as en los diferentes servicios clínicos del centro asistencial.

Servicio Clínico	Total profesionales	Servicio Clínico	Total profesionales
UPC Pediátrico	10	UPC Cardiovascular	14
UPC Adulto	28	Hemodinamia	2
Cirugía Cardiovascular	6	Unidad atención paciente quirúrgico	12
Cirugía adultos	16	Traumatología – Urología	7
Medicina adultos	21	Pediatría	15
Cirugía Infantil	6	Unidad emergencia infantil	9
Unidad emergencia adultos	20	SAMU	9
Diálisis	5	Unidad ambulatoria	3
Pensionado	5	Gestión de camas	5
Consultorio de atención de especialidades – Infectología	18	Endoscopia	1
Total	212 profesionales enfermeros/as		

Tabla N°7: Distribución de la población en los diferentes servicios del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

3.3 MUESTRA

La determinación de muestreo fue no probabilística, de acuerdo a criterios de inclusión predefinidos; y a la aceptación de participar en el estudio y a la factibilidad temporal para la realización del estudio. No se realizaron análisis inferenciales; ni se pretende generalizar los resultados a una población mayor (Hernández et cols.) en resumen los resultados corresponden a la realidad del Hospital Dr. Gustavo Fricke, de Viña del Mar. n= 140 (66% de N).

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesionales enfermeros/as pertenecientes al mismo establecimiento hospitalario público.
- Profesionales enfermeros/as que laboren en distintos servicios clínicos.
- Profesionales enfermeros/as que integren sistema de turnos.

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Profesionales enfermeros/as que rechacen participar en el estudio.
- Profesionales enfermeros/as que no integren sistema de turnos.

3.6 UNIDAD DE ANALISIS

La unidad de análisis han sido las enfermeras/os

3.7 TEMPORALIDAD

Agosto 2014 - abril 2016

3.8 LUGAR

Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.

3.9 METODOLOGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.9.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO UTILIZADO

Se trata de un cuestionario denominado “Instrumento para medir la percepción del profesional de enfermería acerca de las barreras o facilidades para brindar Cuidado Humanizado” diseñado por el equipo de investigación para ser auto administrado por los profesionales participantes.

El diseño del instrumento ha sido sustentado en las bases teóricas del pensamiento de Jean Watson en su teoría de los cuidados transpersonales, la cual expone que la enfermería es una disciplina que apunta al cuidado integral, teniendo en cuenta elementos disciplinares y profesionales (7), y se apoya en el objetivo de definir el paradigma de la enfermería centralizada en la esencia del ser humano y los cuidados auténticos. (ANEXO N°5).

Las preguntas fueron medidas en una escala de apreciación de Likert con un puntaje de 1 a 5, donde 1 representa muy de acuerdo y 5 muy en desacuerdo, con el fin de identificar las barreras y/o facilidades.

Consta de un total de 31 preguntas, las cuales fueron organizadas en dos secciones:

- La primera parte, consiste en 11 preguntas pertenecientes a la variable caracterización de la muestra, recolectando información referente a sus tres dimensiones; datos personales, académicos y laborales. Su objetivo es hacer una clasificación a cada profesional enfermera/o según sus propias singularidades.
- La segunda parte, consiste en 20 preguntas dentro de las cuales se valoran de manera aleatoria las variables modelo institucional (junto a sus dimensiones perfil psicosocial, gestión de recursos y sus respectivas subdimensiones) y la

variable modelo biomédico (con su dimensión diagnóstico biológico y sus subdimensiones rol curativo y tecnicismo).

Elementos teóricos barreras y facilidades para cuidado humanizado	N° de ítems	N° Pregunta del cuestionario
Perfil psicosocial	06	12, 20, 31, 13, 21, 28
Gestión de recursos	09	15, 23, 29, 16, 24, 17, 25, 14, 22
Diagnóstico biológico	05	18, 26, 19, 27, 30

Tabla N°8: Componentes de la descripción del instrumento.

3.9.2 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a validez semántica y de contenido a través de técnica Delphi con 7 informantes claves (ANEXO N°6). El juicio de expertos proporcionó confiabilidad y la valoración recolectada fue de tipo cualitativa. Además, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,743, considerado un coeficiente aceptable, lo que significa que el instrumento posee fiabilidad y consistencia.

Como criterio general, George y Mallery (2003) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

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

Tabla N°9: Confiabilidad del instrumento según Hernández.

3.9.3 PROGRAMAS UTILIZADOS PARA VACIAMIENTO DE DATOS

Software Microsoft Office Excel 2007, para crear la base de datos, cuenta con la particularidad de organizar la información en filas, columnas y celdas, de esa manera el registro de cada respuesta dada por los profesionales que participaron en la investigación, quedó organizada de una forma fácil de buscar y modificar en caso de errores de digitación.

Análisis de datos por medio del programa SPSS-20 v. 1.9 sistema operativo Macintosh con el cual fue posible caracterizar la muestra del estudio en datos de frecuencias y porcentajes.

3.9.4 CRITERIOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Tras la recolección de datos se realizó un análisis estadístico descriptivo. Al codificar e ingresar la información obtenida se creó una base de datos utilizando el Programa Computacional SPSS - 20 v.1.9 sistema operativo Macintosh, que permitió caracterizar la muestra del estudio, en datos de frecuencias y porcentajes, mientras que para identificar las barreras y/o facilidades del modelo biomédico e institucional se utilizó la media aritmética como estadígrafo de tendencia central.

Los intervalos de esta tabla fueron formulados con el fin de clasificar de manera óptima cuando se considera un resultado como facilidad, barrera o ninguna de las anteriores. Se calcularon a través de la puntuación que se otorga en el instrumento elaborado para medir la percepción de las facilidades y barreras que tiene el profesional enfermero/a sobre el cuidado humanizado, del cual se calculó los rangos correspondientes, para su clasificación.

CONSIDERACIÓN	CRITERIO	INTERVALOS
Facilidad	Muy de acuerdo De acuerdo	1.0 – 2.79
Ni facilidad Ni barrera	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2.80 – 3.20
Barrera	Desacuerdo Muy en desacuerdo	3.21– 5.0

Tabla N°10: Intervalos de análisis de datos.

3.9.5 ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO CARTA GANTT

La investigación tuvo orígenes a partir del año 2014 – 2015 donde se investigó sobre el problema y situación en Chile.

Posteriormente, se desarrolló el instrumento de recolección de datos antes descrito que fue sometido a revisión semántica y de contenido mediante técnica Delphi con 7 informantes claves. Se desarrollaron las coordinaciones correspondientes con comité de ética de Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, como a su vez se realizó coordinación con el Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Una vez concedidas las autorizaciones correspondientes se llevó a cabo ejecución de instrumento para la recolección de datos.

El proceso de recolección de datos se realizó por etapas, la primera consistió en establecer contacto con la enfermera a cargo de la Unidad asistencial - docente del Hospital Dr. Gustavo Fricke, Sra. Claudia Benavides, quien proporcionó a los investigadores la información necesaria de los servicios y el número de enfermeras/os asignados a cada uno. Además, colaboró en la comunicación con las coordinadoras de los distintos servicios, informando de la realización del estudio y los plazos propuestos para llevarlo a cabo.

La Segunda etapa consistió en la organización en el trabajo de campo, por lo que se estableció un cronograma para cada servicio, de acuerdo a la disponibilidad horaria de cada unidad. De esta manera, los investigadores asistieron periódicamente al establecimiento, según la coordinación con las supervisoras de cada servicio, quienes conocían el propósito de la investigación.

Los investigadores invitaron a participar a cada enfermera/o que se encontraba en su lugar de trabajo, se les realizó la presentación del estudio, informándoles los objetivos y el tiempo estimado para responder el cuestionario (10- 15 minutos), además se les recalcó que su participación es completamente voluntaria y en cualquier momento pueden retirarse si así lo desearan.

Previo a la aplicación del instrumento, se explicó a cada profesional enfermera/o el consentimiento informado, solicitando su firma de aceptación voluntaria y junto a esto se le entregó una copia del documento a cada profesional. Las enfermeras supervisoras de cada servicio participaron como ministro de fe, firmando cada consentimiento informado voluntariamente aceptado por los participantes.

Se procedió a la aplicación del instrumento a los profesionales enfermeros/as, se establecieron fechas para la entrega de los instrumentos faltantes por los profesionales que no se encontraban en horario de trabajo. Luego de coordinar con cada enfermera supervisora la entrega

de los instrumentos, se procedió al retiro de estos, por lo cual el equipo se hizo presente en varias ocasiones en el HGF para finalizar el proceso.

Al finalizar el proceso de recolección de los instrumentos, se procedió a la contabilización e ingreso a la plantilla de datos con todos los resultados adquiridos. El equipo de investigación confeccionó una tabla de datos, desglosando las temáticas estudiadas e introduciendo la información numérica del proceso de investigación.

Se coordinaron reuniones con el estadístico para el análisis de los datos y la confección de tablas, luego de ordenar y elaborar los resultados, la información quedó disponible para comenzar con el análisis de los resultados de la investigación.

En forma paralela a las coordinaciones con estadístico se realizaron reuniones de avance en las otras áreas de la investigación, referidas a marco conceptual y estructura de la investigación.

El análisis e interpretación de los datos se realiza en sesiones con el equipo de investigación, se trabaja en la caracterización de la muestra como en el análisis descriptivo de cada variable con su dimensión. Además del análisis correlacional de las temáticas investigadas estableciendo discusiones y conclusiones para el caso (ANEXO N°10).

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Respecto a la cantidad de profesionales participantes por servicios, cabe destacar que de un total de 212 profesionales enfermeros/as, 140 participaron lo que representan al 66,0% del universo.

La mayor participación fue en servicios de endoscopia, traumatología – urología, unidad ambulatoria y diálisis con una participación del 100% de sus integrantes, siguiendo a estos servicios con una participación igual o superior al 75% encontramos a Unidad de Pacientes Crítico adulto (UPC) adultos, Unidad Ambulatoria Pabellón Quirúrgico (UAPQ), Cirugía infantil, Unidad de Emergencia Adulto (UEA), pensionados y gestión de camas. La menor participación corresponde a los servicios de Cirugía adultos, Medicina hombres y mujeres con menos de 35%. El promedio total de participantes por servicio fue de 7 profesionales enfermeros/as.

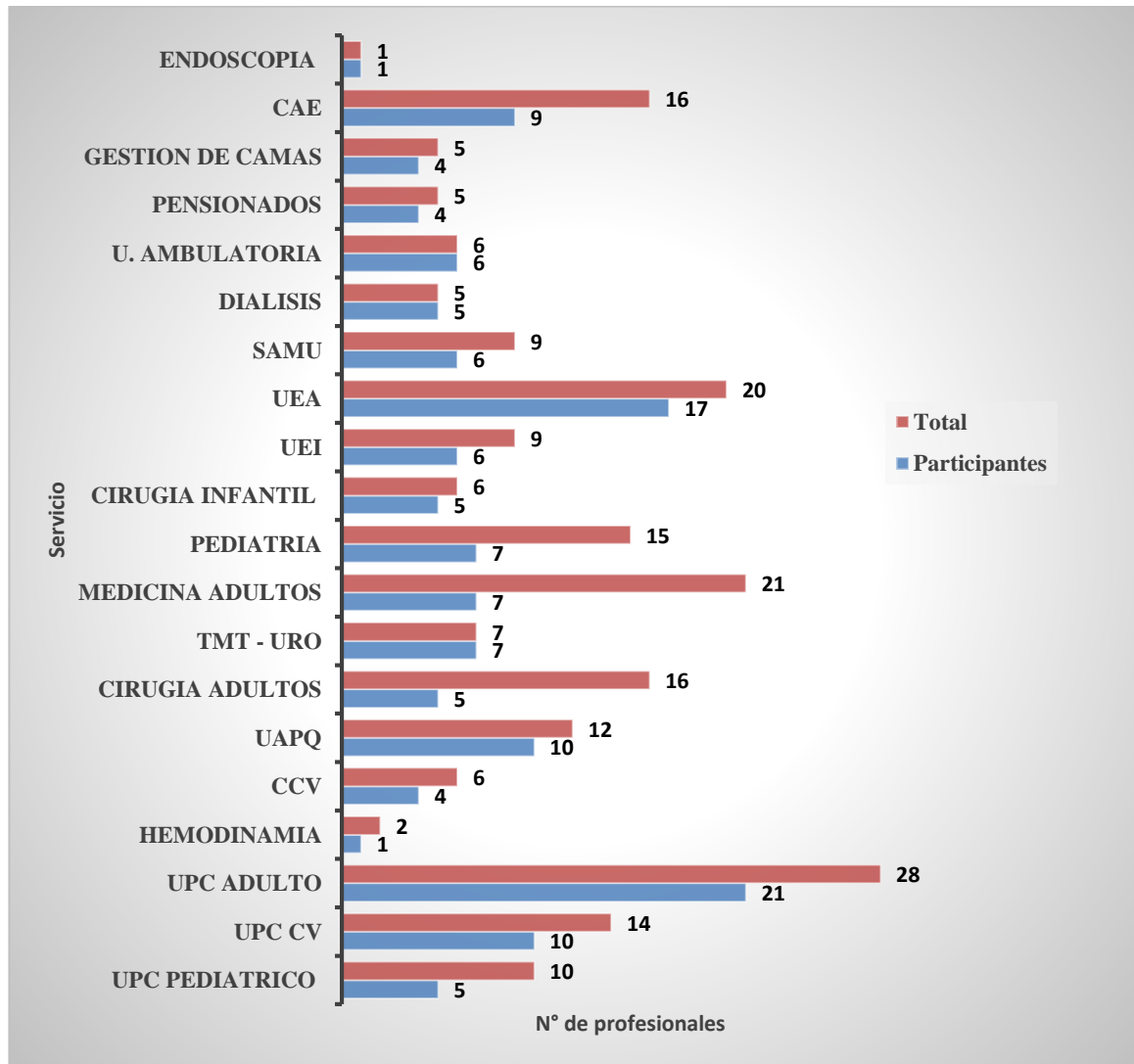


Grafico N°1: N° de profesionales enfermera/o participantes v/s total de enfermeras/os por servicio.

La presente tabla representa la tendencia de las subdimensiones que componen la variable de caracterización, señalado por porcentaje. En esta se evidencia que los profesionales enfermeros/as participantes se distribuyen de forma predominante en el sexo femenino. Referente a los sistemas de turno más de la mitad de la muestra (65,2%) trabaja bajo un sistema de cuarto turno, además poseen un promedio de 46,13 horas de trabajo. Cuentan con un promedio de 29,85 pacientes a su cuidado y de 13,28 profesionales bajo su responsabilidad. Respecto al multiempleo, el 77,9% de los profesionales indicaron no mantener otros empleos.



Variables	%	
Sexo	 7,85%  92,15%	
Edad	Representatividad	Aspectos
	45,7%	22 -30 años
	36,4%	31 – 40 años
	9,3%	41 – 50 años
	3,6%	51 – 60 años
	5,0%	60 o más años
Años de ejercicio profesional	31,4%	≤ 3 años
	25,0%	4 – 6 años
	15,0%	7 – 10 años
	28,6%	11 años o mas
Formación académica	48,2%	Estudios pregrado
	44,6 %	Postítulo en curso o completos
	5,1%	Postgrado en curso o completos
Sistemas de turno	65,2%	Cuarto turno
	34,8%	Solo diurno
Cargo desempeñado	78,6%	Asistencial
	12,1%	Supervisora
	9,3%	Coordinadora
Multiempleo	77,9%	No
	22,1%	Si

Tabla N°11: Caracterización de la muestra.

Del total de profesionales enfermeras/os encuestados, poseen un promedio de 46,13 horas de trabajo. Además, cuentan con un promedio de 29,85 pacientes a su cuidado y un 13,28 de personal a cargo.

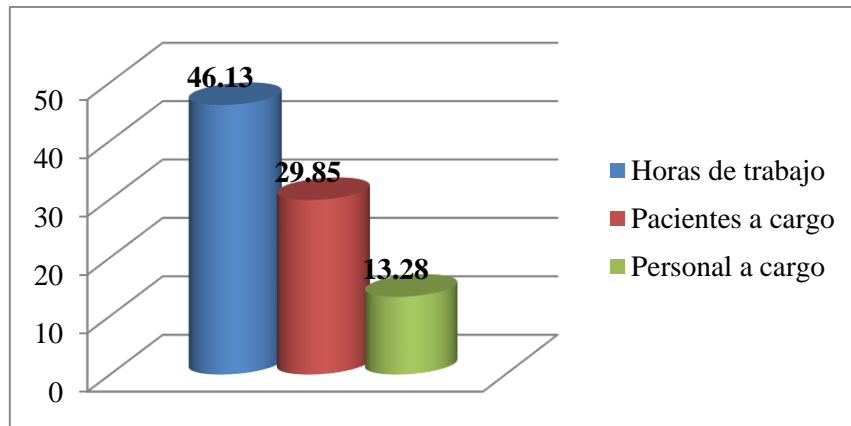


Grafico N°2: Promedio de horas de trabajo, pacientes a cargo y personal a cargo.

4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.2.1 VARIABLE MODELO INSTITUCIONAL

Según los resultados obtenidos, la variable modelo institucional cuenta con un promedio de 2,6, por lo tanto, se percibe como una facilidad para otorgar cuidado humanizado.

Una de sus dimensiones, el perfil psicosocial, es percibido como una facilidad para brindar cuidado humanizado, al igual que sus componentes competencia cultural y competencia comunicacional.

Por el contrario, la dimensión gestión de recursos es percibida como una barrera para brindar cuidado humanizado, de la misma forma que sus componentes infraestructura y ambiente, tiempo disponible y proceso de alta, sin embargo, el componente trabajo en equipo se percibe como una facilidad.

VARIABLE	Media	DIMENSIÓN	Media	SUB DIMENSIÓN	Media
Modelo institucional	2,6	Perfil psicosocial	1,95	Competencia comunicacional	1,65
				Competencia cultural	2,25
		Gestión de recursos	3,26	Trabajo en equipo	2,72
				Infraestructura y ambiente	3,60
				Tiempo disponible	3,40
				Proceso de alta	3,34

Tabla N°12: Percepción del profesional enfermera/o de la variable modelo institucional.

4.2.2 VARIABLE MODELO BIOMÉDICO

La variable modelo biomédico posee un promedio de 3,3 el cual es percibido por los profesionales enfermeros/as como una barrera para brindar cuidado humanizado.

Su dimensión diagnóstico biológico es percibido como una barrera, al igual que su componente tecnicismo. Al contrario, su componente rol curativo, cuyo promedio nos indica que no es percibido ni como una barrera ni como una facilidad.

VARIABLE	Media	DIMENSIÓN	Media	SUB DIMENSIÓN	Media
Modelo biomédico	3,30	Diagnostico Biológico	3,30	Tecnicismo	3,55
				Rol curativo	3,06

Tabla N°13: Percepción del profesional enfermera/o de la variable modelo biomédico.

4.3 ANÁLISIS CORRELACIONAL

4.3.1 PERCEPCIÓN ENTRE DIMENSIÓN PERFIL PSICOSOCIAL Y COMPONENTES DE CARACTERIZACIÓN

La dimensión perfil psicosocial independientemente de la característica con la que se correlacione es percibida por los profesionales enfermeros/as como una facilidad para brindar cuidados, siendo estas características las siguientes: edad, sexo, formación académica, años de ejercicio profesional, multiempleo, sistema de turno y horas de trabajo.

Dimensión perfil psicosocial	
Caracterización	Promedio
Edad	1,95
Sexo	1,95
Multiempleo	1,95
Formación académica	1,94
Años de ejercicio profesional	1,95
Sistema de turnos	1,94
Horas de trabajo	1,95
Promedio Total: 1,94	

Tabla N°14: Correlación entre perfil psicosocial y componentes de caracterización.

4.3.2 PERCEPCIÓN ENTRE DIMENSIÓN GESTIÓN DE RECURSOS Y COMPONENTES DE CARACTERIZACIÓN

La dimensión gestión de recursos correlacionada con la edad, fue percibida como barrera en los grupos etarios entre 22 - 40 y 51- 60 años (ANEXO N°9). En relación al sexo, las mujeres perciben como barrera la dimensión gestión de recursos, mientras que para los hombres no es percibido como barrera ni facilidad (ANEXO N°10). Por otro lado, independiente de poseer o no multiempleo, la dimensión es percibida como barrera (ANEXO N°11). Al correlacionar la dimensión gestión de recursos con la formación académica, se evidenció que para aquellos profesionales que tuvieran pregrado, postítulo completo o en curso, la percepción fue de barrera para brindar cuidado humanizado (ANEXO N°12).

La dimensión gestión de recursos independiente de los años de ejercicio profesional se percibe como barrera para otorgar cuidado humanizado (ANEXO N°13). Respecto a la correlación entre la dimensión gestión de recursos y los sistemas de turnos, se percibe como barrera para ambos (ANEXO N°14). Por otra parte, la correlación entre la dimensión gestión de recursos y las horas de trabajo, determina que la percepción es de barrera en las jornadas de trabajo de 40, 46 y 50 horas, mientras que en periodos de 44 y 48 horas de trabajo la percepción no es de barrera o de facilidad (ANEXO N°15).

Dimensión gestión de recursos	
Caracterización	Promedio
Edad	3,28
Sexo	3,28
Multiempleo	3,28
Formación académica	3,28
Años de ejercicio profesional	3,28
Sistema de turnos	3,27
Horas de trabajo	3,27
Promedio Total: 3,27	

Tabla N°15: Correlación entre gestión de recursos y componentes de caracterización.

4.3.3 PERCEPCIÓN ENTRE DIMENSIÓN DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO Y COMPONENTES DE CARACTERIZACIÓN

La correlación entre la dimensión diagnóstico biológico y la edad, evidenció que independiente del rango etario la dimensión es percibida como barrera (ANEXO N°9). En relación al sexo, las mujeres perciben como barrera la dimensión diagnóstico biológico, mientras que para los hombres no es percibido como barrera o facilidad (ANEXO N°10). Por otro lado, independiente de poseer o no multiempleo, la dimensión es percibida como barrera (ANEXO N°11).

La correlación entre la dimensión diagnóstico biológico y la formación académica, evidencia que los profesionales que mantienen un postítulo completo y en curso, perciben la dimensión como facilidad (ANEXO N°12). También se reconoce que, solo en pregrado, no es percibido como barrera ni facilidad. Mientras que en el resto de los niveles de formación es percibido como barrera.

Respecto a la correlación dimensión diagnóstico biológico y años de ejercicio profesional, la percepción es de barrera en todos los rangos a excepción de los profesionales con 0 – 3 años en ejercicio donde no se percibe como barrera o facilidad (ANEXO N°13). En la correlación con los sistemas de turnos, se evidencia que en ambos la percepción es de barrera para brindar cuidado (ANEXO N°14). Por último, la dimensión diagnóstico biológico, es percibida como barrera en las jornadas de trabajo de 40, 44, 46 y 50 horas, en cambio en la de 48 horas, no se percibe como barrera o facilidad (ANEXO N°15).

Dimensión diagnóstico biológico	
Caracterización	Promedio
Edad	3,31
Sexo	3,31
Multiempleo	3,31
Formación académica	3,30
Años de ejercicio profesional	3,31
Sistema de turnos	3,30
Horas de trabajo	3,30
Promedio Total: 3,30	

Tabla N°16: Correlación entre diagnóstico biológico y componentes de caracterización.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

La caracterización de la muestra permite generar un perfil de los profesionales enfermeros/as que participaron en el estudio, a partir de ello se logra realizar un análisis y a su vez correlaciones que permiten lograr los objetivos de la investigación.

Los profesionales enfermeros/as participantes del estudio corresponden principalmente al género femenino. Desde tiempos anteriores, el cuidar fue (y en muchos sitios lo sigue siendo) una tarea relegada a las mujeres (60), es por ello que hablar de enfermería es hablar de mujer, es más, el término “*enfermera*” (femenino) es reconocido internacionalmente (61). A pesar de ello, el género masculino no ha estado ausente; la masculinización de la enfermería es concebido como un hecho positivo para un mayor reconocimiento en mejorar las condiciones de trabajo, en el aumento de la planta de personal, entre otros (62), junto a ello la fuerte influencia del sistema sexista masculino en la cultura chilena hace que la inclusión de hombres en la profesión de enfermería sea vista como una posibilidad de favorecer el prestigio de la enfermería (63).

El multiempleo en los profesionales enfermeros/as, no es una característica predominante, pero a pesar de ello es un factor extrínseco que afecta al profesional, siendo uno de los principales factores generadores de estrés laboral (64). Lo preocupante de esta condición, es que afecta el cuidado de la persona, el cuidado de sí y el ambiente laboral, entre otros (65).

La formación académica que presentan los profesionales enfermeros/as, predominantemente corresponden a los grados de pregrado y postítulo en curso o completo. Este perfeccionamiento continuo contribuye notablemente a mejorar la calidad de la atención en los servicios. Por lo que se considera que garantizar el desarrollo sostenido de la educación de enfermería en sus dos subsistemas fundamentales: superación profesional y formación académica, es de suma importancia, porque así se asegura la producción continua de conocimientos que sustentan científicamente la actuación de este profesional en el plano docente, asistencial e investigativo (66).

El consejo internacional de enfermeras, establece que dentro de las obligaciones el enfermero/a debe mantener su competencia profesional, ya que considerando que trabaja con

seres humanos, es indispensable que esté al día en los conocimientos científicos y tecnológicos, dado que los cambios se producen con extraordinaria rapidez en la era actual. (67)

La experiencia profesional en años de ejercicio predomina entre los 0 y 6 años, la evidencia señala que, en este aspecto la habilidad que han adquirido los profesionales de enfermería en la atención es favorable para el usuario a medida que adquieren la experiencia en la labor asistencial, permitiendo brindar cuidados altamente calificados, enfocándose siempre en la persona (68), la familia y el entorno.

Es fundamental que en las unidades de gestión del cuidado el enfermero/a cuente con el personal necesario para que distribuya y organice de forma óptima las tareas en base al número de pacientes, para que exista una distribución equitativa y no se genere una sobrecarga de trabajo, porque estos factores mal administrados repercuten directamente en la calidad de atención (69). Lo anterior se evidencia en que el profesional enfermero/a muchas veces no se molesta en sentarse al lado del paciente y entender sus miedos y sus preocupaciones, quizá los motivos sean que la enfermera tiene mucho trabajo y muchos pacientes a su cargo (70).

Los profesionales enfermeros/as se enfrentan diariamente a condiciones laborales exigentes que pudieran provocar un agotamiento y malestar debido a la sobrecarga laboral; los profesionales enfermeros/as del Hospital Dr. Gustavo Fricke, se ven expuestos a exigencias tanto en la carga horaria como en la organización de sus sistemas de trabajo, la evidencia demuestra que estas exigencias generalmente demandan un alto nivel de esfuerzo físico y mental, cambios en las rutinas de vida, en los ciclos de sueño y en la alimentación entre otros, que pueden afectar sus ritmos de desempeño y por lo tanto el cuidado (71) a las personas que necesitan del profesional.

5.2 VARIABLE MODELO INSTITUCIONAL

La variable modelo institucional fue percibida por los profesionales enfermeros/as como una facilidad para brindar cuidado humanizado. Entre sus dimensiones se observaron diferentes resultados; la dimensión perfil psicosocial se percibió como una facilidad, lo que puede ser explicado por la necesidad de comprensión del ser humano en un contexto social, cultural, histórico y psicoemocional, lo que demanda del enfermero/a una aproximación a esa integralidad del ser (72); esta percepción es relevante, ya que de acuerdo a Watson, el profesional debe contar con las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos (6), las cuales son determinantes en la entrega de cuidado humanizado. Dichas herramientas fueron abordadas a través de la competencia comunicacional y cultural, componentes de esta dimensión, siendo percibidas como una facilidad, ya que los profesionales enfermeros/as consideran que favorecen la aproximación a los sujetos, proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación con el otro (73).

Respecto a la dimensión gestión de recursos, esta se percibió como una barrera, lo cual refleja el predominio de la función administrativa en el quehacer profesional debido a la institucionalización de los servicios de salud, donde el rol de enfermería se centra en actividades médico-delegadas y en la administración de los servicios, las cuales en la actualidad adquirieron una gran preponderancia (28). Dentro de estas actividades administrativas cabe destacar el proceso de alta, ya que los resultados del estudio reflejaron una percepción generalizada de sobrecarga durante este proceso y de una constante presión de disponer camas, debido a la gran necesidad de altas médicas. Lo anterior conlleva una gran inversión de tiempo, dejando insuficientes oportunidades para establecer la relación enfermero/a-persona atendida, lo que se refleja en la percepción que tiene el profesional sobre el tiempo disponible v/s la cantidad de trabajo, siendo una barrera para otorgar cuidado humanizado, ya que un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, porque se cumpliría sólo con las actividades rutinarias, y se sacrificaría una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación (74). Adicionalmente, el cuidado humanizado se limita con la carencia de un espacio de intimidad y/o privacidad para recibir a los familiares o para entregar información relevante a estos y a la persona atendida, siendo percibido como una barrera a pesar de que el

enfermero/a es la fuerza indispensable para asegurar los servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de óptima utilización de recursos disponibles (28).

Si bien, dentro de la dimensión gestión de recursos, sus componentes el proceso de alta, el tiempo disponible y la infraestructura fueron considerados una barrera, se evidenció en los resultados que el trabajo en equipo se percibe como una facilidad para brindar cuidado humanizado. Esta diferencia se puede explicar dada que las ventajas de trabajar en equipo son muchas, produciendo resultados de mayor calidad, aumentando la productividad, y favoreciendo la comunicación y el compromiso de los profesionales (75).

5.3 VARIABLE MODELO BIOMÉDICO

La variable modelo biomédico fue percibida como una barrera para brindar cuidado humanizado, esto se puede explicar puesto que, aún nos encontramos inmersos en un sistema de salud con un modelo que ignora e infravalora la relación enfermero/a - persona atendida, lo que influye en la reducción del tiempo para el cuidado y en un proceso de rutinización, en base a las normas de la institución y del pensamiento médico dominante. (76).

La dimensión diagnóstico biológico de igual forma es percibido como barrera, por lo que el profesional enfermero/a reconoce la reducción de lo humano a lo biológico, considerando al ser humano como una enfermedad u objeto de estudio; situación que muchas veces encamina el cuidado de enfermería hacia labores biomédicas perdiendo su virtud de comunicación y empatía hacia el otro (77).

Las actividades asistenciales que realiza el profesional enfermero/a hacia la persona atendida en la actualidad, son enfocadas en las técnicas, desvirtuando el aporte humanístico que es la esencia de la profesión (78), esto se ve reflejado en los resultados de la investigación, donde el profesional percibe el componente tecnicismo como una barrera, que propicia la deshumanización y despersonalización de los usuarios, es decir, con la privación del reconocimiento de su individualidad y dignidad obstaculiza la relación entre el enfermero/a y la persona atendida al anular la comunicación efectiva entre ambos (15, 59).

Por último, cabe destacar, que el componente rol curativo no presenta una tendencia hacia una barrera o hacia una facilidad, no influyendo significativamente en los cuidados, esto respalda lo mencionado por Watson, “La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es solo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud” (6).

5.4 CORRELACIONES

Se discutirá aquellas correlaciones que presentan mayor relevancia para el estudio.

5.4.1 DIMENSIÓN PERFIL PSICOSOCIAL

El estudio arrojó que la dimensión perfil psicosocial independiente de los aspectos de caracterización con los que se le correlacione, se percibe como facilidad para otorgar cuidados. Lo anterior podría ser explicado debido a que las competencias del profesional en cuanto a actitudes comunicativas son fundamentales para establecer una relación efectiva entre persona-persona (79), por lo que no debiera influir ningún aspecto sobre ellas. Esto se ve reflejado en el alto grado de satisfacción global de la comunicación del profesional enfermero/a percibido por las personas atendidas en los centros de salud (80). En este contexto, debemos tener presente que las personas están cada vez más informadas e identifican y defienden sus derechos respecto a la comunicación con el profesional enfermero/a, esta situación entrega un valor fundamental al indicador de calidad de la atención, y por lo tanto contribuye a una adecuada satisfacción usuaria (78, 79).

Lo anterior evidencia la relevancia de las competencias comunicacionales a la hora de otorgar cuidado. Por lo tanto respalda que el enfermero/a es capaz de establecer una relación humana porque posee el conocimiento y las habilidades necesarias que se requieren para ayudar a las personas atendidas, siendo capaz de percibir, responder y apreciar la unicidad del ser humano enfermo (81), sin importar sus características como persona y como profesional.

5.4.2 DIMENSIÓN GESTIÓN RECURSOS

5.4.2.1 Años de ejercicio

Dentro de la correlación de la dimensión gestión de recursos y años de ejercicio profesional, la percepción es de barrera, independiente de la experiencia profesional. Esto se puede explicar, debido a que el profesional enfermero/a siempre estará sometido a la estructura social que comprende la institución. Estas instituciones cumplen con la función de socializar a los individuos con pautas y normas establecidas, con el objetivo de adaptar e integrar a los profesionales al sistema, de esta forma el cuidado se ve dificultado por las múltiples tareas, la disminución del tiempo disponible, la sobrecarga de los procesos administrativos y la inadecuada infraestructura que impide las acciones como la comunicación efectiva y la interacción con el usuario (82). Por lo tanto, las exigencias institucionales estructuran el rol de los profesionales enfermeros/as de tal manera que estos van adquiriendo una conducta deshumanizada, en consecuencia, se explica la razón de porque los profesionales enfermeros/as perciben la gestión de recursos como una barrera, ya que es inherente a las exigencias institucionales, y afecta a todos a pesar de la experiencia adquirida en la práctica asistencial.

5.4.2.2 Multiempleo

En base a los datos recolectados, se evidencio que los profesionales que mantienen o no multiempleo, poseen una percepción de barrera para otorgar cuidado humanizado ante la dimensión gestión de recursos.

En el quehacer diario, el profesional enfermero/a está sometido a una constante presión de trabajo, además debe enfrentarse frecuentemente al dolor, sufrimiento, desesperanza, muerte, desconsuelo, impotencia y angustia en su relación con la persona atendida. Lo anterior se magnifica por el déficit de personal, provocando que el profesional tienda a asumir mayor carga de trabajo y a su vez se prolongue la jornada laboral (83, 84); factores que pueden provocar un deterioro en la calidad del cuidado.

Además, el multiempleo y la flexibilización laboral son aspectos que aumentan la exposición a los factores de riesgo laboral (85), provocando en el profesional enfermero/a una desadaptación, alteración en los horarios de descanso, perturbación en el hogar por el tiempo disponible, desmotivación y un exceso laboral. Por otro lado, el trabajo por turnos y las horas extras provocan una alteración del ritmo: sueño – vigilia, limitando la vida familiar y social, como también provocando errores en procesos simples (85), aspectos que pueden afectar la entrega de los cuidados al momento de enfrentarse a una persona en el quehacer diario.

5.4.3 DIMENSIÓN DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO

5.4.3.1 Grupo etario

Al correlacionar la dimensión diagnóstico biológico con el grupo etario se evidenció que esta dimensión es una barrera independiente de la edad, lo cual refleja que los profesionales enfermeros/as reconocen la hegemonía del modelo biomédico en el sistema de salud, el cual ha influido intensamente en la enfermería, desde su formación hasta el desarrollo del ejercicio profesional, generando la medicalización de los cuidados, es decir, basar el cuidado de enfermería en las técnicas y en el rol de curar a la persona (28). Lo anterior implica que el profesional enfermero/a reconoce que tiene un gran desafío, el cual es la transición de un modelo biomédico a un modelo holístico.

5.4.3.2 Años de ejercicio profesional

Respecto a la relación del diagnóstico biológico y profesionales con 0 a 3 años de ejercicio, se obtuvieron que no lo perciben como una barrera ni facilidad, sin embargo, desde los 3 años de ejercicio en adelante se percibe como barrera, resultados similares a los obtenidos según grupo etario, en donde podemos destacar que a mayor años de experiencia laboral (mayor a 3 años) el diagnóstico biológico es percibido como un factor que obstaculiza la tarea de brindar cuidado humanizado, debido probablemente al “*saber práctico*”, “*saber*” que se obtiene de una

situación donde se comparten habilidades, hábitos y conocimientos, que no existe en los libros, sino más bien en las experiencias laborales de los profesionales enfermeros/as (86).

5.4.3.3 Multiempleo

Respecto a la correlación entre el diagnóstico biológico y el multiempleo, se evidenció que independiente de que este exista o no, se percibe como barrera para los profesionales enfermeros/as, esto se puede deber a que la instituciones públicas de salud, es difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar, en donde parecen invisibilizarse los cuidados de enfermería por las labores biomédicas(2, 87), si a esta realidad se suma el hecho de que el profesional ejerce su labor en dos o más lugares independientes entre sí, puede que se prioricen actividades como el tecnicismo y el rol curativo, para lograr la eficiencia en el uso de tiempo y recursos, estableciéndose una barrera para la entrega del cuidado humano.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y

PROYECCIONES

6.1 CONCLUSIONES

La investigación pretendió determinar las barreras y facilidades para brindar cuidado humanizado a partir del análisis de algunos componentes del modelo institucional y biomédico.

6.1.1 FACILIDADES PARA BRINDAR UN CUIDADO HUMANIZADO

Respecto a las competencias culturales, cabe decir que corresponden a facilidades del cuidado, puesto que a lo largo de su formación y años de ejercicio profesional, los enfermeros/as han adquirido conocimientos y desarrollado habilidades que les permite enfrentarse a los diferentes contextos que poseen las personas. Por otro lado, las competencias comunicacionales que posee el profesional son percibidas como una facilidad, tanto para atender a las personas y familiares, como para desarrollar un óptimo ambiente de trabajo y de buenas relaciones interpersonales, lo cual permite compartir las decisiones con el equipo de salud.

Junto con lo anterior, las competencias comunicacionales permiten entregar educación e información a las personas atendidas y a sus familiares, valorando las características individuales y manteniendo el interés por lo que las personas desean y requieren tener información veraz y oportuna, para permitirles tomar decisiones respecto a su salud; siendo la comunicación interpersonal, uno de los aspectos más relevantes del cuidado humanizado, transformándolo así, en un indicador trazador de satisfacción usuaria y de calidad de la atención.

El trabajo en equipo se valora como una facilidad para brindar cuidados humanizados, al contrarrestar aspectos como la sobrecarga de trabajo, el aumento de las tareas administrativas y las exigencias laborales que aparecen en cada uno de los turnos, de esta manera permite solucionar problemas, coordinar los cuidados y desarrollar un ambiente de trabajo ameno.

En cuanto a las facilidades percibidas para brindar un cuidado humanizado, se puede concluir que destaca el modelo institucional, en su dimensión de perfil psicosocial, independientemente de la edad, el sexo, el multiempleo y los servicios en el que se desempeñan los profesionales.

Dentro de la variable modelo biomédico, la subdimensión, rol curativo de manera global, no mostró evidencias de ser percibido como barrera o facilidad para entregar cuidado humanizado, sin embargo, algunos componentes destacan de manera positiva, como es el hecho que los profesionales, se dirijan a las personas por su nombre, no por su patología, o número de cama.

Es importante enfatizar que los profesionales de enfermería se preocupen de registrar los llamados cuidados invisibles, aquellos que demandan un tiempo y dedicación cálida frente al paciente y su familia, cuando sea necesario, más allá de la ejecución de técnicas y procedimientos, esto como una manera de evidenciar que los profesionales, efectivamente brindan un cuidado con un carácter humanizado a través de una relación transpersonal de reciproca riqueza y valor, a pesar de las limitaciones observadas, como es el tiempo disponible, la sobrecarga administrativa y el número de personas a cargo, de esta manera lograr realizar el cambio paradigmático hacia un modelo humanista del cuidado, abandonado de manera efectiva, el modelo biomédico, institucionalizado en los centros de salud.

6.1.2 BARRERAS PARA BRINDAR UN CUIDADO HUMANIZADO

A pesar de que el modelo institucional fue percibido como una facilidad, cabe destacar que la dimensión gestión de recursos fue considerada como una barrera, debido a que los componentes de la gestión, como la infraestructura, el ambiente, el tiempo disponible y el proceso de alta, limitan o dificultan la relación enfermera-paciente, siendo percibidos como impedimentos para llevar a cabo cuidados cercanos y centrados en la persona y su familia.

La infraestructura es percibida como una barrera para brindar cuidados humanizados, ya que los profesionales se ven obligados a adaptarse a las condiciones que le presenta la institución, frente a esto se hace visible la saturación de los servicios.

Otra de las barreras importantes para brindar cuidados humanizados, según la percepción de los profesionales enfermeros/as ha sido el tiempo disponible para el cumplimiento a todas las funciones derivadas del rol, a causa de la sobrecarga laboral, por tener una mayor cantidad de pacientes que atender y aumento de labores administrativas.

Dentro de las funciones derivadas del rol profesional del enfermero/a, la gestión del cuidado adquiere gran relevancia para el funcionamiento del servicio de salud, de manera predominante sobre otras funciones, como la asistencial, la investigativa y la educativa; situación que no es ajena al gremio, ya que los encuestados reconocen sentirse presionados al momento de dar el alta y sentirse sobrecargados de tareas administrativas; generando un distanciamiento con la persona atendida, al disponer de menos tiempo para establecer una relación cercana, sin embargo, perciben que los únicos momentos de contacto, son durante la ejecución de técnicas y procedimientos.

A nivel general todos los profesionales enfermeros/as tienen una sobrecarga de tareas administrativas, situación que puede tornar el trabajo de enfermería invisible, ante la mirada de las personas atendidas, generando poco reconocimiento de la labor y desvalorización del trabajo, esta situación afecta negativamente, ya que pudiera generar insatisfacción en los propios profesionales enfermeros/as.

En los diferentes centros de salud de la red asistencial, se observa una saturación de personas consultantes y atendidas, las instituciones no dan abasto para esta población, ocasionándose un alto nivel de exigencias que pudiera ocasionar agotamiento y estrés en el equipo de salud; de acuerdo a los aspectos evaluados en este estudio, los profesionales de enfermería tienen una sensación generalizada de sobrecarga laboral, debido a la velocidad del trabajo y la cantidad de deberes, sin embargo es importante revelar que es fundamental, reorientar los cuidados hacia la búsqueda de equilibrar tanto las competencias técnicas y las competencias humanistas de manera unitaria en un cuidado de calidad, seguro y empático.

Se debe destacar que el profesional enfermero/a aún está en un proceso de transición hacia el modelo holístico de la salud, existiendo una percepción generalizada, entre el colectivo encuestado, que las actividades de cuidado están basadas principalmente, en las indicaciones médicas y en la ejecución de procedimientos técnicos, dejando de lado las actividades propias de un modelo humanista, el contacto directo con las personas, para fortalecer la relación enfermera – persona.

Finalmente, otra barrera percibida por los profesionales ha sido la presencia de multiempleo, en sus dimensiones gestión de recursos y diagnóstico biológico; esta condición, genera obviamente, una sobrecarga laboral y mayores exigencias que afectan al profesional; sin embargo, existe una proporción muy menor de enfermeras/os encuestadas/os, que presenten la condición, por lo cual no se puede hacer análisis al respecto.

6.2 CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio ha contribuido para dimensionar la realidad del trabajo de un profesional enfermero/a, donde en la rutina de trabajo se ve limitado por factores que escapan de su control, principalmente dimensiones derivadas de enfoques tradicionales de los centros de salud, como es la fuerte presencia del modelo biomédico institucionalizado, que de alguna manera moldean el comportamiento y la actitud de los profesionales que laboran en ellos, es por esto que se rescata las características personales, los valores y la competencias psicosociales que se desarrollan desde la formación académica y de la experiencia de cuidado.

La atención de enfermería se ve afectada por diversos factores, el modelo biomédico, el modelo institucional y algunas características propias de los profesionales de enfermería, frente a esto se deben buscar alternativas para entregar de manera óptima los cuidados, considerando la comunicación, el trabajo en equipo y la distribución de actividades, siendo importante que la relación entre el profesional enfermero/a y la persona atendida se refuerce a través de la ayuda y participación de otros actores que forman parte del equipo de salud, de esta manera se logra desarrollar la gestión del cuidado para la atención de las personas y sus familias.

6.3 PROYECCIONES

Con los resultados obtenidos a través de este estudio se logra concluir que la competencia cultural y comunicacional se perciben como elementos facilitadores para entregar cuidado humanizado por parte de los profesionales enfermeros/as del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Lo anterior fundamenta proponer realizar estudios cualitativos que permitan identificar en profundidad este fenómeno y su nivel de impacto en los cuidados, cuyos resultados permitan evidenciar también las percepciones de las personas atendidas.

Se sugiere además la confección de un instrumento validado para la realización de evaluaciones anuales acerca de los factores que influyen en el cuidado humanizado percibido por los enfermeros.

Por otro lado, en base a los resultados obtenidos, no se puede ignorar que las barreras percibidas para otorgar un cuidado humanizado son en base a recursos, infraestructura y sobrecarga de trabajo. Se hace imperativo mencionar la importancia de que se invierta en la mejora de infraestructura, capacitación del personal y una distribución homogénea de actividades, pues sólo así se lograrán los estándares recomendados, ya que no hay que dejar de lado lo valioso del uso del capital humano, dado que los resultados positivos obtenidos son en gran medida gracias al trabajo interdisciplinario y la adaptabilidad de los profesionales, es por ello que el perfeccionamiento del personal es una herramienta imprescindible para la mejora del arte de cuidar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Romero M. Los cuidados de enfermería en la adversidad. Presencia [Internet]. 2005 [citado 16 Feb 2014]; 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n1/r11articulo.php>
- (2) Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 [Citado 09 Abr 2015]; 16 (1): 31-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es
- (3) Ariza OC, Caballero RD. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado [Internet]. 1era ed. Bogotá (Colombia): Pontifica Universidad Javeriana; 2008 [actualizado 13 Jul 2013; citado 20 Jun 2015] Disponible en: <http://books.google.es/books?id=L0T4LiRF-UQC&pg=PA22&dq=uso+de+tecnologia+en+enfermeria&hl=es&sa=X&ei=7XUDVLaoJ9imgSQtYKYAw&ved=0CEcQ6AEwBw#v=onepage&q&f=false>
- (4) Waldow, V.R. Cuidar: Expresao da Enfermagem. Programa do Livro Texto (PLT), Anhanguera. Petropolis: Vozes; 2009
- (5) Ministerio de Salud (CH) Resolución Exenta N° 1127: Gestión del cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada. Santiago de Chile; 2007.
- (6) Urra E., Jana A., García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 [Citado 25 Nov 2014]; 17(3): 11-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es
- (7) Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Salud, Barranquilla [Internet]. 2009 [Citado 25 Nov 2014]; 25(1): 172-178. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a14>
- (8) Domínguez O., Manrique C. Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública. Acta bioeth. [Internet]. 2011 [Citado 13 Jun 2015] ; 17(1): 31-36. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000100004
- (9) Gonzales T. Atención del anciano terminal. [Memoria de Tesis]. San Salvador de Jujuy: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de ciencia médicas. Escuela de enfermería; 2012.

- (10) Hernández L, Zequeira DM, Miranda A. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. [Citado 17 Mar 2016] ; 26(1): 30-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100007&lng=es.
- (11) Ministerio de Salud [CH] Instituto de salud pública: Objetivos sanitarios 2011-2020[Internet][Citado 1 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.ispch.cl/objetivossanitarios>
- (12) Barragán J., Moreno C. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. Enferm. glob. [Internet]. 2013 [Citado 13 Jun 2015] ; 12(29): 217-230. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100011
- (13) Beltrán-Salazar Óscar. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. Index Enferm [Internet]. 2015 [Citado 25 Feb 2016];24(1-2): 49-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>.
- (14) Daza R, Torres AM, Prieto GI. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. Index Enferm [Internet]. 2005 [Citado 17 Mar 2016] ; 14(48-49): 18-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es.
- (15)Arredondo CP, Siles J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [Internet] 2009. [Citado 16 Oct 2014] ;18(1): 32-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000100007>
- (16) Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paulista de Enfermagem [Internet] 2007. [Citado 16 Oct 2014]; 20(4): 499- 503. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026615010>.
- (17) Estefo S., Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Cienc. Enferm. [Internet] 2010 [Citado 23 Oct 2014]; 16 (3): 33-39. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_05.pdf
- (18) Milos H., Bórquez P., Larraín S. La "Gestión del cuidado" en la legislación Chilena: interpretación y alcance. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 [Citado 23 Oct 2014]; 16(1): 17-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_03.pdf
- (19) Durán M. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichán [Internet]. 2005 [Citado 23 Oct 2014]; 5(1): 86-95. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009&lng=en

(20) Ministerio de salud (CH). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Santiago, 2012 [Internet][Citado 25 Nov 2014]. Disponible en: <http://bcn.cl/1m0do>

(21) Zúñiga A. La nueva Ley de Derechos del Paciente: del modelo de la beneficencia al modelo de la autonomía. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 [Citado 15 Mar 2016]; 141(1): 123-124. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000100018>

(22) León F. Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud: Una mirada bioética. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Noviembre [recuperado 25 noviembre 2014]; 140 (11): 1490-1494. Disponible en: <http://ref.scielo.org/by5qxt>

(23) Kozier B, Erb G., Berman A., Snyder S. Fundamentos de enfermería. Vol I. 7ªed. 2009.

(24) Harmer B., Henderson V. Textbook of the principles and practice of nursing. Vol 287.1955.

(25) Marriner-Tomey A, Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 3ªed. España: Elsevier Science; 2003.

(26) Rosa R., Zamora G. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? Index Enferm [Internet]. 2012 [Citado 23 Oct 2014]; 21(4): 219-223. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300009&lng=es.

(27) Ríos L. Una reflexión acerca del Modelo de Investigación Biomédica. Salud, Barranquilla [Internet]. 2011[Citado 20 Nov 2014]; 27(2): 289-297. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522011000200012&lng=en.

(28) Veliz L, Ceballos P, Valenzuela S, Sanhueza O. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. Index Enferm [Internet]. 2012 [Citado 20 Nov 2014]; 21(4): 224-228. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300010&lng=es

(29) Libreros L. El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 [Citado 20 Nov 2014]; 38(4): 622-628. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400013&lng=esg

- (30) Muenza CN. El Paradigma Biomédico y la Formación de Pre-grado de los Estudiantes de Medicina de las Universidades Chilenas [Tesis]. Santiago: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales; 2007.
- (31) OMS. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: Conferencia Sanitaria Internacional. Official Records of the World Health Organization. Nueva York: 1948, N° 2, p. 100
- (32) Real Academia Española (RAE): Definición organización. [Internet]. [Citado 09 Dic 2015] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=RBkqiJI>
- (33) Organización internacional del trabajo [UR] Formación Basada en Competencia Laboral: Situación Actual y Perspectivas. [Internet] 1ª ed. Montevideo: Cinterfor/OIT; 1997. [Citado 05 Feb 2016] Disponible en: <http://docplayer.es/7434500-Formacion-basada-en-competencia-laboral-situacion-actual-y-perspectivas.html>
- (34) Parsons T, Bales RF, Shils EA. Apuntes sobre la teoría de la acción. [Internet] 1ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 1970. [Citado 09 Mar 2016] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/97607848/Parsons-T-Bales-R-y-Shils-E-Apuntes-sobre-la-teoria-de-la-accion#scribd>
- (35) Peña B, Vega Y. La importancia de un espacio para enfermería en la organización institucional. Av Enferm [Internet] 2003[Citado 04 Dic 2015]; 21(2): 5-16.Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37958/40178>
- (36) Henderson VA. Discurso de recepción. Invest Educ Enferm. 2000;18(2):83-7.
- (37) Hospital Dr. Gustavo Fricke [Internet]. Viña del Mar: HGF; [Actualizado 08 Sep 2014; Citado 15 Mar 2016]. Hospital Fricke [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.hospitalfricke.cl/wp-content/uploads/2015/03/ResumenejecutivoCuentaPublica2014>
- (38) Real Academia Española (RAE): definición de personal [Internet]. [Citado 04 Dic 2015] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Sjasuhi>
- (39) Real Academia Española (RAE): definición edad [Internet]. [Citado 04 Dic 2015] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
- (40) Modulo I, curso E- learning de enfoque de género, INDAP- CEDEM [Internet] [Citado 16 Dic 2015] Disponible en: <http://www.indap.gob.cl/extras/equidad-de-genero/ok/modulo-1-genero-identidades-e-igualdad-de-genero.pdflo90>

- (41) Dotti G., Rodríguez C. El multiempleo, ¿trae consecuencias en la calidad de vida del equipo de Enfermería que trabaja en unidades de Cuidados Intensivos? Rev. Urug. Enferm. [Internet]. 2013 [Citado 16 Dic 2015]; 8(2). Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/download/51/49>
- (42) Salud.ccm.net [Internet] Definición servicio hospitalario. [Citado 10 Dic 2015] Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/22924-servicio-hospitalario-definicion>
- (43) Definicion.de [Internet] Definición de profesión. [Citado 8 Nov 2015] Disponible en: <http://definicion.de/profesion/#ixzz3utrCsI5p>
- (44) Instituto nacional de educación tecnológica [AR]. Materiales de Trabajo para la Formulación de un Acuerdo Marco sobre Formación Profesional, documento preliminar, 2001. [Internet][Citado 04 Feb 2016] Disponible en: <http://www.oei.es/eduytrabajo2/FPDefinitivo.PDF>
- (45) Real Academia Española (RAE): Definición situación [Internet]. [Citado 04 Dic 2015] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Y2tFDC0>
- (46) Real Academia Española (RAE): Definición cargo [Internet]. [Citado 04 Dic 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=7XM2bVS>
- (47) Real Academia Española (RAE): Definición paciente. [Internet]. [Citado 06 Dic 2015] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=RPix2Mn>
- (48) Real Academia Española (RAE): Definición personal. [Internet]. [Citado 06 Dic 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Sjasuhi>
- (49) Melo, JL. Sistemas de Trabajo por Turnos. [Internet]. 2003 [Citado 08 Dic 2015] Disponible en: <http://www.estrucplan.com.ar/Producciones/entrega.asp?IdEntrega=315>
- (50) Stps.gob.mx [Internet] Glosario de términos laborales. [Citado 15 Dic 2015] Disponible en: http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/conoce/areas_atencion/areas_atencion/web/Glosario/glosario.htm
- (51) Ocio S. Ciencias psicosociales: Conceptos básicos [Internet] 2012 [Citado 02 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2011-12/1PC-CONCEPTOS-BASICOS.pdf>

- (52) Rincón C., Unidad 11: La competencia comunicativa. [Internet]. [Citado 17 Dic 2015] Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/boa/contenidos.php/cb10887d80142488399661377b684b60/511/1/contenido/capitulos/Unidad11CompetenciaComunicativa.PDF>
- (53) Marrero CM. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. Rev. de Enferm. [Internet] 2013 [Citado 03 Dic 2015]; 7(2). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/278>
- (54) Real Academia Española (RAE): Definición recurso [Internet]. [Citado 12 Dic 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=VX1xWFW>
- (55) Hospital general universitario Gregorio Marañón [ESP]. Alta hospitalaria del paciente, 2009 [Internet]. [Citado 02 Dic 2015] Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DAlta+hospitalaria+del+paciente.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685143934&ssbinary=true>
- (56) Real Academia Española (RAE): Definición infraestructura [Internet] [Citado 09 Dic 2015] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=LYf3Ibz>
- (57) García M.; Camargo J.; Cervera L.; Ramírez M.; Romero A. Relación entre grupos/equipos de trabajo y cambio organizacional en una empresa comercializadora de la ciudad de Bogotá. Psychologia. Avances de la disciplina. [Internet] 2010 [Citado 09 Dic 2015] ;4(2),:31-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224090004>
- (58) Oyarzún E., Modelo biomédico y modelo biopsicosocial. [Internet]. [Citado 06 Dic 2015]. Disponible en: https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar%3Fid_material=182943
- (59) Barnard A, Sandelowski, M. Technology and humane care. Journal of Advanced Nursing. 2001. 34 (3): 367-375
- (60) Burgos CB. El cuidado en enfermería desde las perspectivas de la ética del cuidado y del género. Invest Educ Enferm.2013; 31(2):243-251

- (61) García AM, Sainz A, Botella M. La enfermería vista desde el género. Index Enferm [Internet]. 2004 [Citado 26 Mar 2016];13(46):45-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es
- (62) Osses C, Valenzuela S, Sanhueza O. Hombres en la enfermería profesional. Enferm. glob [Internet]. 2010 [Citado 25 Mar 2016];18. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/reflexion1.pdf>
- (63) Pavez A. La enfermería, realidad de ciudadanía y de género en Chile. Cienc Enferm. 2013;19(3):95-102.
- (64) Chiarelli M, Fernández D, Fonseca S, Garay L, Núñez R. Factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el RN crítico en el servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas. [Tesis de grado en internet] Montevideo: Facultad de enfermería, Universidad de la República; 2008. [Citado 05 Mar 2016] Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2008/FE-0280TG.pdf>
- (65) Zambrano G. Estresores en las unidades de cuidado intensivo. Aquichan. 2006; 6(1): 156-169.
- (66) Segura A, Cruz Y. Relación entre la nueva formación en enfermería y el postgrado de la carrera. Rev haban cienc méd. [Internet] 2010 [Citado 07 Dic 2015]; 9 (3): 415-421. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000300016&lng
- (67) Pincheira S. Obligaciones federación panamericana de profesionales de enfermería colegio de enfermeras de Chile [Internet][Actualizado Abr 1983; Citado 06 Mar 2016] Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/obligaciones/>
- (68) Guerreo V, López A, Mavisoy S, Rodríguez K, Rosero C, Acosta MF. Desempeño del profesional de enfermería en el área asistencial en una institución de salud de la ciudad de Pasto -Nariño 2009- 2010. Unimar. 2010; 55: 43-50.
- (69) A. Verdugo, R. Esparza, A. Magaña, MB. Arizona. Factores que influyen en la calidad de atención de enfermería en pacientes con carcinoma mamario. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2011;19 (1): 15-19.
- (70) García García Elena. El paciente en las estancias prolongadas. Index Enferm. 2011; 20(3): 203-204.
- (71) Ávila J, Gómez L, Montiel M. Características demográficas y laborales asociadas al

Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2010 [Citado 15 Mar 2016]. 8 (15): 39-51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80115648004.pdf>

(72) Nunes ECDA, Silva LWS, Pires EPOR. La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 [Citado 01 Mar 2016];19(2). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_05.pdf

(73) Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. Rev Bras Enferm. 2008 set-out; 61(5):552-7.

(74) Zarate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004 [Citado 28 Mar 2016]; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es

(75) M.P. González, J. Silva, J. Marín. La aventura de trabajar en equipo. deParís ediciones, Barcelona (2009)

(76) Orkaizagirre A. Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. Index Enferm [Internet]. 2013 [Citado 2016 Mar 08] ; 22(3): 124-126. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200002>.

(77) Barbosa L, Azevedo S. Dialéctica del cuidado humanizado en la UCI: contradicciones entre el discurso y la práctica profesional del enfermero. [Internet] 2008 [Citado 03 Mar 2016] ;42(1): 66-72. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100009&script=sci_abstract&tlng=es

(78) Alvarez M, Barrera M, Madrilgal C. Calidad de la atención en enfermería. Medellin Programa auditoria en servicios de salud [Internet] 2007 [Citado 08 Mar 2016]. Disponible en : http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/280/1/Calidad_atencion_en_enfermeria.pdf

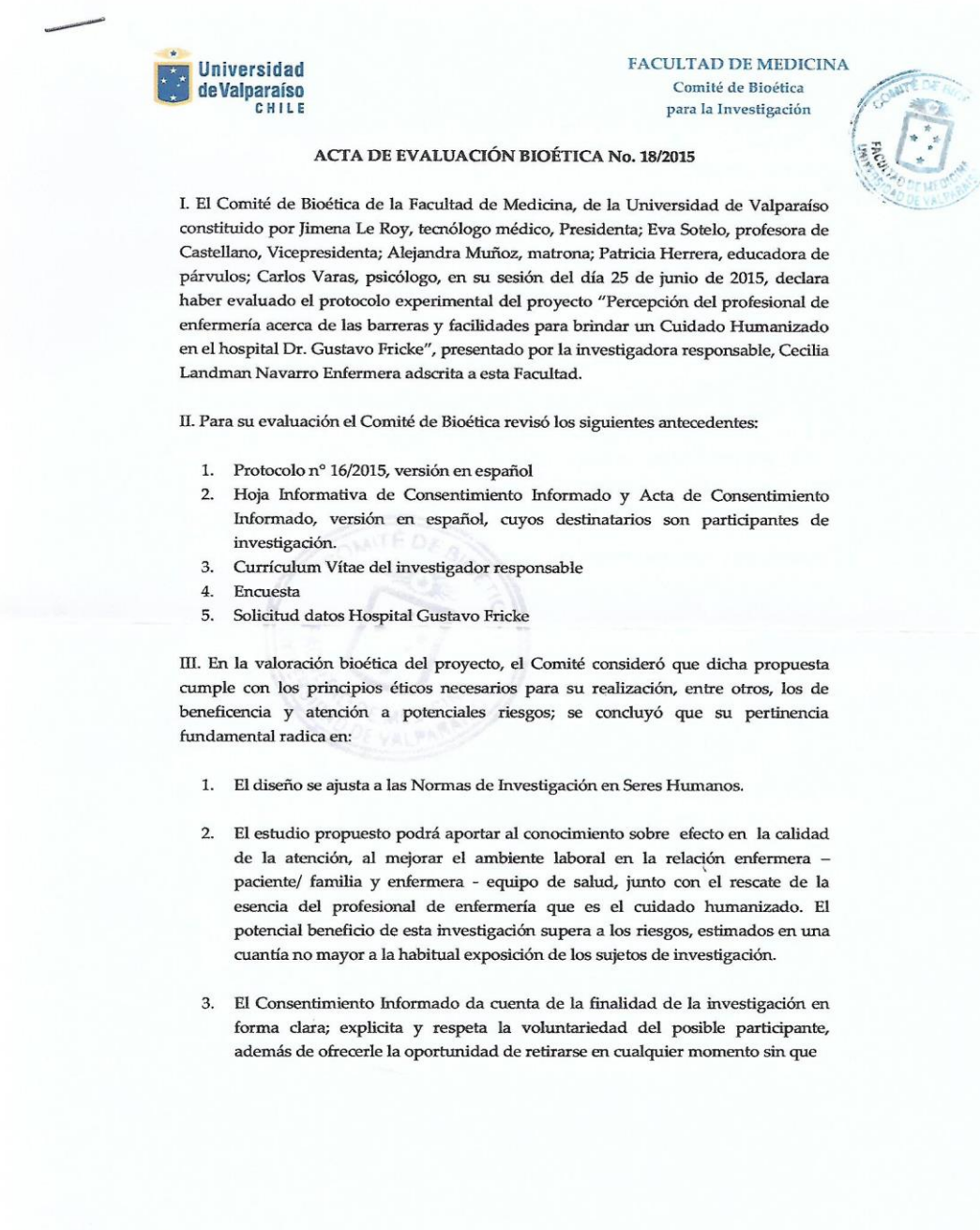
(79) Falcó A. La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. Educ. méd. 2004; 7(1): 42-45.


(80) Landman C, Cruz MJ, García E, Pérez P, Sandoval P, Serey K, et al . Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. Cienc.

- enferm. [Internet]. 2015 [Citado 07 Mar 2016] ; 21(1): 91-102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100009>.
- (81) Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- (82) Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paulista de Enfermagem [Internet] 2007. [Citado 16 Oct 2014]; 20 (4): 499- 503. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026615010>
- (83) Astudillo P, Alarcón AM, Lema M. Protectores de estrés laboral: Percepción del personal de enfermería y médicos, Temuco, Chile. Cienc. enferm. 2009; 15(3):111-22.
- (84) Escribá V, Burguete D. ¿Cómo perciben las enfermeras de transplantes las causas del estrés laboral? Index Enferm. 2005; 14(50): 15-9.
- (85) Carvalho B. Riesgos laborales del ejército profesional: Una responsabilidad compartida.[Internet][Citado 12 Dic 2015] Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-63/enfermeria6303-memorias/>
- (86) Molina P, Jara P. El saber práctico en enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 [Citado 01 Mar 2016]; 26 (2):111-117. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005
- (87) Torres A, Sanhueza O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. 2006; 7(1): 9-17.


ANEXOS

ANEXO N°1: CARTA AUTORIZACIÓN DE COMITÉ DE ETICA



 **Universidad de Valparaíso**
CHILE

FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación



ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 18/2015

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, Vicepresidenta; Alejandra Muñoz, matrona; Patricia Herrera, educadora de párvulos; Carlos Varas, psicólogo, en su sesión del día 25 de junio de 2015, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto "Percepción del profesional de enfermería acerca de las barreras y facilidades para brindar un Cuidado Humanizado en el hospital Dr. Gustavo Fricke", presentado por la investigadora responsable, Cecilia Landman Navarro Enfermera adscrita a esta Facultad.

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

1. Protocolo n° 16/2015, versión en español
2. Hoja Informativa de Consentimiento Informado y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.
3. Currículum Vitae del investigador responsable
4. Encuesta
5. Solicitud datos Hospital Gustavo Fricke

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 al conocimiento sobre efecto en la calidad de la atención, al mejorar el ambiente laboral en la relación enfermera - paciente/ familia y enfermera - equipo de salud, junto con el rescate de la esencia del profesional de enfermería que es el cuidado humanizado. 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



FACULTAD DE MEDICINA

Comité de Bioética
para la Investigación

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; específica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de los instrumentos, así también, el investigador da a conocer su teléfono y 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 de investigación, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el año 2015, bajo la supervisión de la de la investigadora responsable, Cecilia Landman Navarro. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, si correspondiere.

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



Jimena Le Roy Barria
Presidenta



Ivanny Marchant Ramírez
Secretaria

Valparaíso, 2 julio de 2015

C/C.

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

ANEXO N°2: CARTA DE AUTORIZACIÓN HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

De: Claudia Benavides J. [mailto:claudia.benavides@redsalud.gob.cl]

Enviado el: viernes, 24 de julio de 2015 12:37

Para: 'Solange Silva'; benedicto.guerrero@redsalud.gob.cl

CC: María Moreno; Vania Galvez; Gloria Balcazar P.

Asunto: RE: Solicitud Campos Clínico Tesis Enfermería UV - HGF

Estimada Solange:

Junto con saludarte, informo que ha sido autorizada la Tesis de Escuela Enfermería UV "Percepción del profesional de enfermería acerca de las barreras y facilidades para brindar un cuidado humanizado en el Hospital Dr. Gustavo Fricke" por ésta Unidad y por la SDGC.

Saludos

Claudia Benavides Jiménez

Enfermera Unidad Asistencial Docente

Hosp. Dr. Gustavo Fricke

Fono/anexo : 032-2577889 / 327889

ANEXO N°3: FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado *“Percepción del profesional de enfermería acerca de las barreras y facilidades para brindar un Cuidado Humanizado”*, cuyo investigador principal es Cecilia Landman Navarro, RUT 5357964-7, y co-investigadores son Bárbara Gutiérrez, Valentina Pereira, Antonio Ramírez, Macarena Rojas, Valentina Wiedeman, Erick Zúñiga pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería ubicada en la calle Blas Cuevas (Subida El Litre) N° 1027, de la ciudad de Valparaíso.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación y en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en los servicios del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el año 2015.
2. Relevancia del Estudio y Beneficios:

La enfermería asume el cuidado como esencia de la profesión; enfocándose en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas. Reconociendo al ser humano como un ser integral y su salud no se reduce solo a lo biológico, sino que además considera aspectos psicológicos y espirituales; por tanto, las intervenciones y los cuidados se deben conciliar desde una perspectiva holística e integral.

Se puede medir el cuidado de manera indirecta, a través de la satisfacción usuaria y en Chile se han estado implementando estrategias para el mejoramiento de la percepción los

usuarios respecto a la calidad de la atención en los servicios de salud, tal como es el “*hospital amigo*”. Junto con ello es relevante conocer la opinión de los profesionales de enfermería, quienes son los responsables de gestionar y otorgar cuidados humanizados y conocer su visión para brindar dichos cuidados.

3. Nuestro objetivo de este estudio es determinar la percepción que tienen los profesionales de enfermería acerca de las barreras y facilidades para brindar un Cuidado Humanizado, el cual nos permitiría realizar propuestas para formular cursos de acción y estrategias para mejorar constantemente la calidad de la atención entregada.
4. Su participación es voluntaria y consistirá en responder un cuestionario que nos permitirá detectar su percepción respecto de las barreras y facilidades para otorgar un cuidado humanizado a los pacientes y sus familias.
5. La investigación no ofrece riesgo para usted, y como investigadores tomaremos resguardo de la información recabada en un ambiente de privacidad para responder la encuesta
6. Es importante acotar que no recibirá pago por participar en el estudio y tampoco tendrá que asumir gasto alguno.
7. Usted tiene derecho a retirarse del estudio, en cualquier momento, si lo considera necesario, comunicándose al investigador principal, o en el momento mismo a los co-investigadores; su retiro no lo perjudicará en caso alguno, es decir, no afectará el desarrollo de su carrera profesional o funcionaria.
8. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, su nombre no será dado a conocer. En su lugar, se utilizará un código numérico y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
9. El registro de los datos será de uso reservado y sólo tendrán acceso a ellos los investigadores, además los datos serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina, ubicada en la calle Blas Cuevas 1027, Valparaíso.
10. Los resultados de la investigación pueden ser divulgados en publicaciones de tipo científica y/o académicas, resguardando su identidad. Además, si usted lo requiriere, tendrá acceso a los resultados.

11. Si existe alguna consulta que apareciese a través del cuestionario al que será sometido, o cualquier otra situación producto de esta investigación que Ud. quisiera aclarar, podrá ser atendido en la Escuela de Enfermería, Blas Cuevas (subida El Litre) N° 1027, de la ciudad de Valparaíso, por la profesora Sra. Cecilia Landman Navarro, enfermera e investigadora principal.
12. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaría administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.
13. Si acepta participar, recibirá un ejemplar de este documento, firmado por el investigador:

Cecilia Landman Navarro

Rut: 5.357.964 – 7

Investigador principal

Nombre: Cecilia

Apellido: Landman Navarro

Rut: 5.357.964-7

Teléfono y/o mail de contacto: cecilia.landman@uv.cl

ANEXO N°4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Viña del Mar, ___ de _____ del 2015

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Yo (nombre y apellidos), RUT, profesional de enfermería del Hospital Dr. Gustavo Fricke, **DECLARO** que la investigadora principal Enfermera Sra. Cecilia Landman Navarro, y los co-investigadores Bárbara Gutiérrez, Valentina Pereira, Antonio Ramírez, Macarena Rojas, Valentina Wiedeman, Erick Zúñiga de la Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, ubicada en la calle Blas Cuevas N° 1027 (subida El Litre) de la ciudad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación *“Percepción del profesional de enfermería acerca de las barreras y facilidades para brindar un Cuidado Humanizado”* que se llevará a cabo en el Hospital Dr. Gustavo Fricke en Viña del Mar y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del cual recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es determinar la percepción que tienen los profesionales de enfermería acerca de las barreras y facilidades existentes para brindar un Cuidado Humanizado, el cual permitirá formular cursos de acción y nuevas estrategias para mejorar constantemente la calidad de la atención entregada.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en responder un cuestionario que les permitirá detectar mi percepción de las barreras y facilidades existentes para brindar un Cuidado Humanizado en el Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el año 2015.

3. La investigación no ofrece riesgo para mí, y de cómo los investigadores tomarán resguardo de mi confidencialidad al momento de responder el cuestionario, utilizando una sala, u oficina que cuente con la privacidad necesaria.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer. En su lugar, se utilizará un código numérico y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación, cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. El registro de los datos será de uso reservado y sólo tendrán acceso a ellos los investigadores, además los datos serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina, ubicada en la calle Blas Cuevas 1027, Valparaíso.
7. Es importante acotar que no recibiré pago y tampoco tendré que asumir gasto alguno.
8. Si existe alguna consulta que apareciese a través del cuestionario a la que será sometido, o cualquier otra situación producto de esta investigación que Ud. quisiera aclarar, podrá ser atendido en la Escuela de Enfermería, Blas Cuevas (subida El Litre) N° 1027, de la ciudad de Valparaíso, por la profesora Sra. Cecilia Landman Navarro, enfermera e investigadora principal.
9. Tengo derecho a retirarme del estudio, en cualquier momento, si lo considerara necesario, comunicándoselo al investigador principal, o en el momento mismo a los co-investigadores, mi retiro no me perjudicará en caso alguno, es decir, no afectará el desarrollo de mi carrera profesional en ninguna índole.

10. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso. Si yo lo requiriera, podría contactar a alguno de sus integrantes a través de la secretaría administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.
11. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Nombre, apellidos:

Rut:

Cecilia Landman Navarro

Rut: 5.357.964 – 7

Investigador principal

Nombre: Cecilia

Apellido: Landman Navarro

Rut: 5.357.964-7

Mail de contacto: cecilia.landman@uv.cl

Enfermero/a Supervisor/a Servicio Clínico

Quien firmará como Ministro de Fe.

ANEXO N°5: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Viña del Mar, ____ de _____ 2015.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°.....

Instrumento para medir la percepción del profesional de enfermería acerca de las barreras o facilidades para brindar Cuidado Humanizado

Fecha: _____

La realización del cuestionario se hará con la mayor intimidad para usted, evitando la presencia de persona atendida, familiares y personal hospitalario para garantizar la fiabilidad, validez y confidencialidad de sus respuestas, siendo este instrumento de carácter anónimo y con fines académicos.

A continuación, marque con una “X” la letra (a, b, c...) de la alternativa que más le represente y complete con la información requerida según corresponda. -

1. Edad: a) 22 – 30 b) 31 - 40 c) 41 – 50 d) 51– 60 e) 60 ó más	2. Sexo: a) Hombre b) Mujer
---	--

<p>3. Años de ejercicio como profesional enfermera/o:</p> <p>a) 0 – 3 años</p> <p>b) 4 – 6 años</p> <p>c) 7 – 10 años</p> <p>d) 10 años o más _____ (indicar)</p>	<p>4. Servicio o unidad en la que trabaja en el Hospital Dr. Gustavo Fricke</p> <p>_____ (indicar)</p>
<p>5. Cargo asignado en el servicio o unidad del Hospital Dr. Gustavo Fricke</p> <p>_____ (indicar)</p>	<p>6. Número promedio de personas atendidas asignados/as durante un turno en el Hospital Dr. Gustavo Fricke _____ (indicar)</p>
<p>7. Número promedio de personal a cargo (enfermeras, técnicos paramédicos, otros) durante el turno en el Hospital Dr. Gustavo Fricke</p> <p>_____ (indicar)</p>	<p>8. ¿Trabaja en otra institución que no sea en el Hospital Dr. Gustavo Fricke?</p> <p>a) Sí</p> <p>b) No</p>
<p>9. Formación académica (puede seleccionar dos alternativas):</p> <p>a) Estudios post grado (Magister y/o doctorado) completos</p> <p>b) Estudios post grado (Magister y/o doctorado) en curso</p> <p>c) Estudios de pos-título (Diplomado y especialidades) completos</p> <p>d) Estudios de pos-título (Diplomado y especialidades) en curso</p> <p>d) Solo pre grado</p> <p>Otro _____ (indicar)</p>	<p>10. Sistema de turnos que realiza en El Hospital Dr. Gustavo Fricke</p> <p>_____ (indicar)</p> <p>11. Horas a la semana promedio de trabajo en e Hospital Dr. Gustavo Fricke (diurno y nocturno)) _____ (indicar)</p>

A continuación, usted encontrará una serie de afirmaciones acerca de circunstancias que se presentan en el ejercicio hospitalario rutinario. Por favor, indique que tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada afirmación, marcando con X la casilla respectiva:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en desacuerdo
12. Tengo confianza en mis habilidades profesionales para expresar mis decisiones al equipo.					
13. Encuentro difícil relacionarme con personas atendidas de culturas diferentes a la mía.					
14. Me veo presionada/o ante el proceso de dar de alta para poder disponer de camas.					
15. Mi servicio cuenta con el personal necesario para realizar las actividades y/o acciones de enfermería.					
16. Se da un espacio de intimidad y/o privacidad (física y/o ambiental) adecuado a la familia de la persona atendida.					

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
17. El tiempo del que dispongo para establecer mi relación enfermera-persona atendida es suficiente.					
18. El tiempo destinado a cada persona atendida, se utiliza preferentemente o prioritariamente en realizar las técnicas y procedimientos para cumplir las acciones derivadas de la indicación médica.					
19. Durante la jornada, el momento en que me relaciono con las personas atendidas, es cuando realizo los procedimientos de carácter técnico y/o administrativo.					
20. Entrego información y/o educación respecto de los procedimientos a realizar a la persona atendida.					
21. Considero las creencias y/o preferencias de la persona atendida ante un tratamiento o procedimiento.					

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
22. Me siento sobrecargada/o de tareas administrativas en el momento de dar altas.					
23. En el equipo de salud existe colaboración interdisciplinaria.					
24. Se cuenta con un área especial que me otorgue privacidad para tratar con la familia y/o persona atendida.					
25. Me siento sobrecargada/o con la disponibilidad de tiempo v/s la cantidad de trabajo.					
26. Las actividades de enfermería se basan y planifican de acuerdo al tratamiento indicado por el médico.					
27. Realizo un registro en la hoja de enfermería de los cuidados discretos/invisibles¹ que se otorgan a las personas atendidas.					

¹ Aquellos que no aparecen registrados en la documentación institucional y que son mayormente valorados por las personas, tales como la comunicación efectiva, el acompañamiento, la empatía, la escucha activa, proximidad en situaciones complejas, satisfacción de necesidad espiritual respetando sus creencias, entre otros.

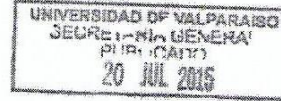
	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
28. Durante el transcurso de la jornada cuento con el tiempo suficiente para valorar el contexto sociocultural de las personas atendidas, entendiéndose como las creencias, costumbres y/o situación (es) emocional (es) de ellos.					
29. Realizo trabajo que no me corresponde y que es delegado por otros profesionales.					
30. Reconozco/recuerdo a las personas que atiendo más por su número de cama y/o patología que por su nombre.					
31. Al realizar educación para la salud a las personas atendidas considero lo que les interesa aprender					

¡Gracias por su participación! ☺

ANEXO N°6: INFORMANTES CLAVES EN LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Profesional	Grado, especialidades, etc.
Paola Ruiz Araya	<p>Directora y docente de carrera de enfermería de la universidad de las Américas.</p> <p>Enfermera matrona egresada de la Universidad de Valparaíso, formación en hemodiálisis, acompañado de un diplomado en prevención y control de las infecciones asociadas a atención de salud, Universidad católica de Chile.</p> <p>Magister en gestión institucional, Universidad Andrés Bello.</p>
María Colvin Contreras	<p>Docente y Jefa de carrera de enfermería campus San Felipe de la Universidad de Valparaíso.</p> <p>Enfermera.</p> <p>Magister en Salud pública mención epidemiología, Universidad de Chile.</p>
M^a Cristina Torres Andrade	<p>Docente del instituto de salud pública de la facultad de medicina de la Universidad Austral de Chile.</p> <p>Enfermera – Matrona egresada de la Universidad Austral de Chile.</p> <p>Magister en Desarrollo Rural, Universidad Austral de Chile.</p>
María Julia Calvo	<p>Docente y Directora de escuela de enfermería de la Universidad Austral de Chile.</p> <p>Enfermera – Matrona.</p> <p>Licenciada en educación superior, Magister en bioética y Magister en filosofía©.</p>
María Paz Contreras y dos informantes claves mas	<p>Docente y Jefa de carrera de enfermería de la Universidad de los Lagos.</p> <p>Enfermera.</p>

ANEXO N°7: CARTA DE ADJUDICACIÓN DE FONDOS PARA LA INVESTIGACIÓN



RESOLUCIÓN EXENTA N° 2628

VALPARAÍSO, 15 de junio de 2015

VISTOS:

1.- La Resolución Exenta N° 235 de fecha 13 de enero de 2014 a través del cual se aprobó el Convenio de Desempeño en Innovación Académica entre el Ministerio de Educación y la Universidad de Valparaíso, de fecha 10 de diciembre de 2013, mediante el cual las partes convienen la ejecución y desarrollo del Plan de Mejoramiento (PMI) Definitivo denominado "LOS ESTUDIANTES PRIMERO: HACIA UNA MAYOR EFICACIA Y EFICIENCIA CURRICULAR DEL PREGRADO EN LA UV", Código UVA1315.

2.- El Decreto Exento N° 1272 de fecha 19 de marzo de 2015 que aprobó las Bases Concurso de Proyectos de Investigación para Estudiantes de la Universidad de Valparaíso 2015.

3.- Acta sesión de evaluación y selección de proyectos de curricular del pregrado en la UV, PMI UVA 1315, de fecha 29 de mayo de 2015, en la que se consigna el resultado de la postulación de los proyectos de investigación presentados por alumnos regulares de pregrado de distintas carreras de la Universidad de Valparaíso, suscrita por los integrantes de la Comisión de Selección designada para este efecto.

4.- Lo dispuesto en el Decreto Exento N° 02381 de fecha 17 de mayo de 2012; la delegación de atribuciones contemplada en el resuelve l.- del Decreto Exento N° 01445 de fecha 24 de marzo de 2011 y la incorporación de la letra k.- al citado guarismo realizada mediante el Decreto Exento N° 3040 de fecha 1 de junio de 2015.

Y visto, además, lo dispuesto en el D.F.L. N° 6, de 1981 y en el D.F.L. N° 147, de 1982 del Ministerio de Educación; en el D.U. N° 480, de 1983; en el inciso 2°, Artículo 6° de la Resolución N° 1600, de 2008, de Contraloría General de la República.

RESUELVO:

1.- **ADJUDICANSE**, de acuerdo a los criterios establecidos en las Bases Concurso de Proyectos de Investigación para Estudiantes de la Universidad de Valparaíso 2015, aprobadas por Decreto Exento N° 1272 de fecha 19 de marzo de 2015, los Proyectos de Investigación para Estudiantes de la Universidad de Valparaíso que se individualizan a continuación:

de las barreras y racinadas para brindar cuidado humanizado

Nº	Nombre	NOMBRE RESPONSABLE PROYECTO	CARRERA	MONTO
1	"Control a distancia de un brazo robótico a partir de la cuantificación de la señal electromiográfica obtenida por E-textile de los músculos de la extremidad superior humana"	Edgardo Silva	Ingeniería Civil Biomédica	\$ 666.000
2	"Obtención en tiempo real de marcadores de conectividad cerebral funcional a partir de EEG en estado de descanso"	Sergio Manríquez	Ingeniería Civil Biomédica	\$ 418.410
3	"Investigación y desarrollo de un sistema de medición no invasiva de glucosa en sangre por medio de bicipedancia"	Nicolás Arriagada	Ingeniería Civil Biomédica	\$ 600.000
4	"Determinación del polimorfismo C3435T del gen MDR1 como plataforma para diseñar estrategias de evaluación de relevancia clínica en una población adulta en Valparaíso"	Agustín Rodríguez	Química y Farmacia	\$ 669.309
5	"Efecto de la melatonina sobre la visibilidad de células SH-GYSY diferenciadas y sometidas a una condición inflamatoria por ácido all-trans retinoico"	Claudia Sepúlveda	Química y Farmacia	\$ 973.431
6	"Análisis de las propiedades adhesivas en dentina esclerótica sometida a diferentes protocolos de acondicionamiento con ácido etilaminotetraacético y adhesivo universal"	José Palma	Odontología	\$ 1.000.000
7	"Implementación y estandarización de un modelo in vitro para evaluar moléculas angiogénicas"	Carolina Figueroa	Química y Farmacia	\$ 1.000.000
8	"Aislación, identificación y caracterización de metabolitos secundarios desde <i>Liqen Pseudocyphellaria Complanata</i> "	María Riquelme	Química y Farmacia	\$ 896.662
9	"Inducción de florulaninas en las algas <i>Colpomenia sinuosa</i> , <i>Scytosiphon lomentaria</i> y <i>Adenocystis utricularis</i> y sus potenciales usos contra las bacterias <i>Escherichia coli</i> y <i>Bacillus sp.</i> "	Felipe Pizarro	Biología Marina	\$ 622.620
10	"Influencia de una capa hidrófuga en la longevidad y fallas de resinas compuestas aplicadas con sistemas adhesivos universales multimodales. Estudio clínico aleatorizado"	Sebastián Fuentes	Odontología	\$ 975.474
11	"Estructuras comunitarias del fitoplancton, macrozoobentos y avifauna asociada a los sistemas de desembocaduras de ríos y esteros de la Quinta región y su relación con parámetros físico-químico"	Cristian Acevedo	Biología Marina	\$ 768.857
12	"Determinar las relaciones entre pensamiento computacional y habilidades matemáticas mediante la construcción de artefactos digitales"	Juan Tapia	Ingeniería Civil Informática	\$ 817.112
13	"Malestar psicológico autopercibido según algunos factores demográficos, psicosociales, y académicos, en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, durante el 2º semestre del 2015"	Nephtali Dahbacun	Enfermería	\$ 669.584
14	"Análisis de género de las perspectivas de desarrollo profesional y salarial de los contadores auditores titulados de la Universidad de Valparaíso, período 2004 - 2014"	Romanette Reyes	Auditoría	\$ 270.300
15	"Percepción del profesional de enfermería acerca de las barreras y facilidades para brindar un cuidado humanizado"	Antonio Ramírez	Enfermería	\$ 670.800
16	"Comparación de la tolerancia al esfuerzo físico en una prueba de marcha incremental, entre niños sanos y asmáticos de la ciudad de Valparaíso"	Patricia Díaz	Kinesiología	\$ 838.846
17	"Acción colectiva y gestión de desastre. El caso de la junta vecinal Claudio Miranda en Cerro Las Cañas, Valparaíso"	Diego Rivera	Sociología	\$ 265.561
18	"Efectos de un programa de recursos musicales en los procesos motores básicos del habla de personas con enfermedad de Parkinson de las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso"	Natalia Figueroa	Fonoaudiología	\$ 733.742
19	"Análisis de la visibilidad de la UV en medios digitales de prensa y redes sociales mediante el uso de web spiders y minería de datos textuales"	Eduardo Jorquera	Ingeniería en Estadística	\$ 752.625



2.- Será la Coordinación Institucional de Convenios de Desempeño de la Universidad de Valparaíso la encargada de orientar, apoyar y supervisar el adecuado cumplimiento de los proyectos, como también de autorizar y supervisar los gastos derivados de su desarrollo como también de solicitar cualquier información pertinente y necesaria.

3.- IMPÚTESE al Centro de Responsabilidad 213.121.058 MECESUP UVA 1315 (Pregrado-UV); al Concepto "GASTOS": 3. Transferencias; 3.5 Otras Transferencias y a la Cuenta Contable N° 1106207 "Fondos Ayudas Económicas" y la rendición de ésta a la Cuenta Contable N° 5103207 "Ayuda Económica" del Presupuesto Universitario Vigente.

ANÓTESE y COMUNÍQUESE

"Por orden del Rector"



CHRISTIAN CORVALÁN RIVERA
PRORRECTOR

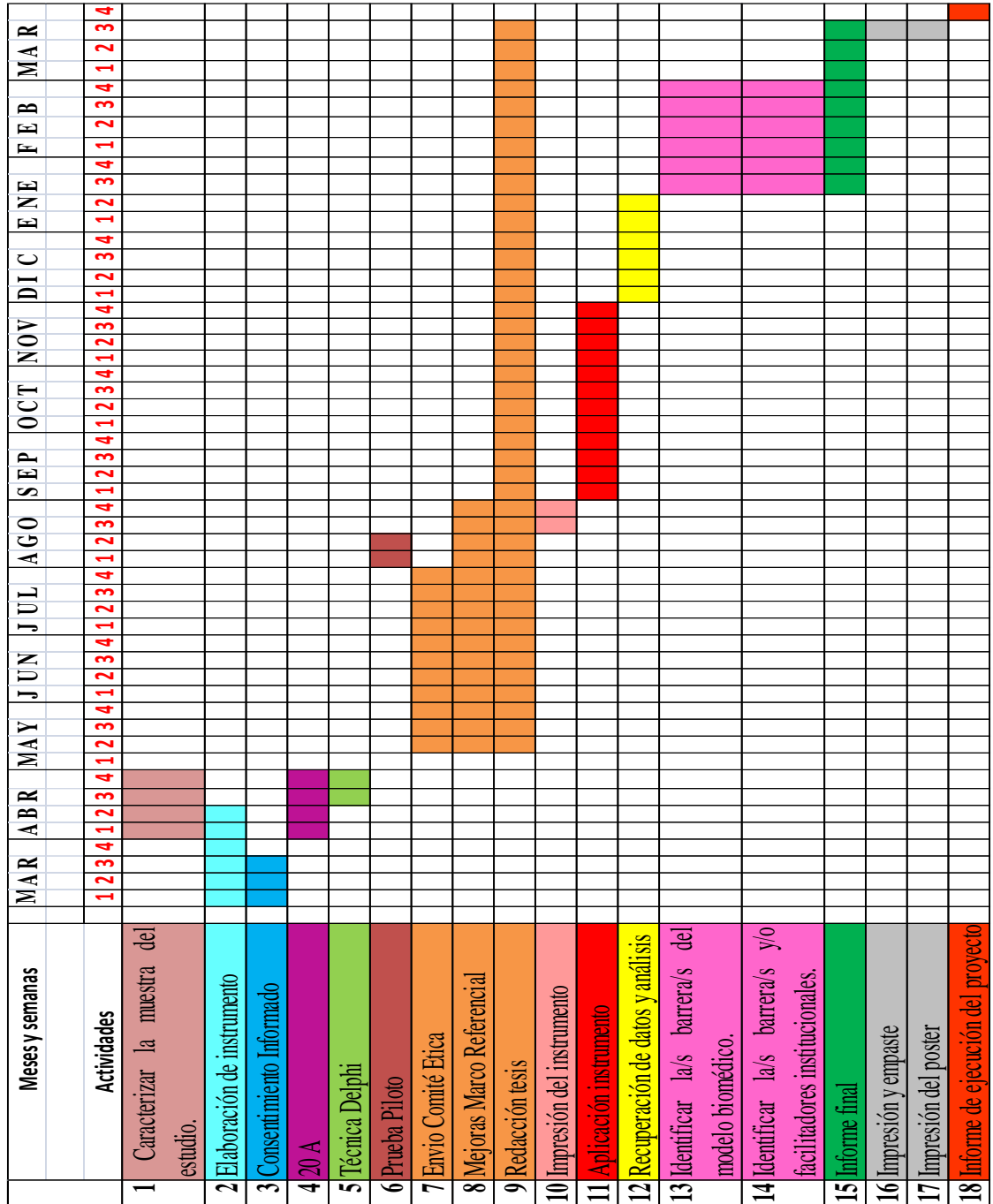


CCR/SGA/mvp

DISTRIBUCIÓN:

RECTORÍA - PRD-RECTORÍA - SECRETARÍA GRAL. - CONTRALORÍA INTERNA - FISCALÍA GRAL. - DIVISIÓN ACADÉMICA - DIVISIÓN GRAL. DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS - COORD. INST. PROJ. MECESUP-FDI - DEPTOS. CONTABILIDAD Y FINANZAS - OFICINA DE PARTES.

ANEXO N°8: CARTA GANTT



ANEXO N°9: CORRELACION ENTRE DIMENSIONES Y EDAD

DIMENSIONES	EDAD					
	22 - 30 años	31 - 40 años	41 - 50 años	51 - 60 años	60 o más	Total
	Media	Media	Media	Media	Media	Media
PERFIL PSICOSOCIAL	1,88	2,06	1,88	2,03	1,79	1,95
GESTIÓN DE RECURSOS	3,28	3,32	3,15	3,57	3,06	3,28
DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO	3,23	3,36	3,31	3,55	3,46	3,31

ANEXO N°10: CORRELACION ENTRE DIMENSIONES Y SEXO

DIMENSIONES	SEXO		
	Hombre	Mujer	Total
	Media	Media	Media
PERFIL PSICOSOCIAL	1,79	1,96	1,95
GESTIÓN DE RECURSOS	3,02	3,31	3,28
DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO	3,09	3,32	3,31

ANEXO N11: CORRELACION ENTRE DIMENSIONES Y MULTIPLEMPLEO

DIMENSIONES	MULTIPLEMPLEO		
	Si	No	Total
	Media	Media	Media
PERFIL PSICOSOCIAL	1,97	1,94	1,95
GESTIÓN DE RECURSOS	3,27	3,29	3,28
DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO	3,47	3,26	3,31

ANEXO N°12: CORRELACION ENTRE DIMENSIONES Y FORMACIÓN ACADÉMICA

DIMENSIONES	FORMACION								
	Postgrado completo	Postgrado en curso	Postitulo completo	Postitulo en curso	Solo pregrado	Otro	Postitulo completo y en curso	Postgrado y postitulo completo	Total
	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
PERFIL PSICOSOCIAL	2,00	1,54	1,99	2,04	1,90	.	1,50	2,67	1,94
GESTIÓN DE RECURSOS	2,56	3,11	3,35	3,37	3,25	.	2,88	3,96	3,28
DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO	3,58	3,21	3,48	3,42	3,17	.	2,54	3,33	3,30

ANEXO N°13: CORRELACION ENTRE DIMENSIONES Y AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

DIMENSIONES	EJERCICIO				
	0 - 3 años	4 - 6 años	7 - 10 años	11 años o mas	Total
	Media	Media	Media	Media	Media
PERFIL PSICOSOCIAL	1,83	1,96	2,03	2,01	1,95
GESTIÓN DE RECURSOS	3,21	3,33	3,21	3,38	3,28
DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO	3,18	3,29	3,30	3,47	3,31

ANEXO N°14: CORRELACION ENTRE DIMENSIONES Y SISTEMA DE TURNOS

DIMENSIONES	SISTEMA TURNO			
	Cuarto turno	Diurno	Nocturno	Total
	Media	Media	Media	Media
PERFIL PSICOSOCIAL	1,93	1,97	.	1,94
GESTIÓN DE RECURSOS	3,30	3,23	.	3,27
DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO	3,25	3,39	.	3,30

ANEXO N°15: CORRELACION ENTRE DIMENSIONES Y HORAS DE TRABAJO

DIMENSIONES	HORAS TRABAJO																		
	8	12	36	40	44	45	46	47	48	50	51	52	53	54	55	60	100	Total	
	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
PERFIL PSICOSOCIAL	1,33	1,92	2,00	2,25	2,02	1,98	2,17	2,25	1,78	2,04	1,67	2,11	2,00	2,17	1,83	1,94	1,83	1,95	
GESTIÓN DE RECURSOS	2,54	3,02	3,42	3,42	3,19	3,44	3,63	2,94	3,16	3,67	2,21	3,78	3,79	3,88	3,00	3,54	3,67	3,27	
DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO	2,33	2,71	3,67	3,42	3,27	3,49	4,00	2,92	3,16	3,46	3,58	4,42	3,67	3,75	3,33	3,36	2,50	3,30	