



Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería

“Percepción sobre el cuidado humanizado proporcionado por  
profesionales de Enfermería en atención cerrada, Valparaíso,  
2013”

Seminario de tesis para optar al grado:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Tesistas: Karina Acevedo Meza.

Cristian Acosta Cárcamo.

Constanza Cantarutti Arévalo.

Yina Cortez Herrera.

Carla Menares Arancibia.

Patricia Uribe Villalón.

Docente Asesora: Lorena Bettancourt Ortega.

Valparaíso 2014

## **AGRADECIMIENTOS**

La consolidación de este proyecto es el fruto del esfuerzo, la dedicación y las destrezas de los autores junto a las contribuciones hechas tanto por la docente guía como por los colaboradores.

Esta investigación no hubiese sido posible sin la ayuda de nuestra profesora guía Sra. Lorena Bettancourt Ortega, quien nos acompañó durante este desafío, proporcionándonos y nutriéndonos de sus conocimientos y herramientas necesarias para desarrollar esta tesis de pregrado.

Personas indispensables para la realización de la presente investigación fueron los autores del instrumento PCHE, de los cuales estamos muy agradecidos: Álvaro Triana, Sonia Espitia y, en especial, la Dra. Luz Nelly Rivera, con quien mantuvimos contacto directo desde el comienzo de este camino y cuya cooperación en el área del Cuidado Humanizado fue de gran aporte.

Agradecemos a Sabela Fernández Silva, doctora en Lingüística, por la ayuda desinteresada que nos brindó para la ejecución de esta tesis.

A Dios, por darnos fortaleza, sabiduría, perseverancia y energía, guiando nuestros pasos a favor del trabajo en equipo, la colaboración mutua y la templanza en los momentos en que más lo necesitamos.

A nuestras familias por su amor, sabiduría, valores y apoyo incondicional, por darnos el aliento para continuar en los momentos difíciles y lograr finalizar este largo proceso.

Y finalmente, a las personas que participaron en el estudio, quienes generosamente cooperaron en su realización.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1.....	11
INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Introducción.....	11
1.2 Pregunta de Investigación.....	13
1.3 Objetivos generales y específicos.....	13
1.3.1 Objetivo General:.....	13
1.3.2 Objetivos específicos:.....	13
CAPÍTULO 2.....	14
MARCO REFERENCIAL.....	14
2.1 Antecedentes.....	14
2.2 Marco Conceptual.....	17
2.2.1 Concepto de cuidado.....	17
2.2.2 Historia del cuidado.....	18
2.2.2.1 Corrientes del cuidado.....	18
2.2.2.1.1 Cuidado Doméstico.....	18
2.2.2.1.2 Cuidado Vocacional o Intuitivo.....	19
2.2.2.1.3 Cuidado Técnico.....	20
2.2.2.2 Historia del cuidado a nivel mundial.....	20
2.2.2.2.1 El cuidado y la mujer.....	21
2.2.2.2.2 Historia del cuidado en Latinoamérica.....	22
2.2.2.2.3 Historia del cuidado en Chile.....	23
2.2.3 Cuidado de enfermería.....	25

2.2.3.1 El cuidado como valor ético.....	26
2.2.4 El cuidado desde la fenomenología .....	28
2.2.5 Teorías de Cuidado humanizado.....	29
2.2.5.1 Teoría de la Diversidad y Universalidad: Madeleine Leininger .....	30
2.2.5.2 Filosofía y teoría del Cuidado transpersonal: Jean Watson .....	34
2.2.5.3 Teoría de la Enfermería como cuidado: Boykin y Schoenhofer .....	40
2.2.6 Comportamientos de cuidado humanizado: Grupo de Cuidado Universidad Nacional de Colombia.....	42
2.2.7 Percepción.....	43
2.2.7.1 Percepción desde la Fenomenología .....	43
2.2.7.2 Percepción según Armstrong .....	44
2.2.7.3 Percepción según Maurice Merleau – Ponty.....	45
2.2.7.4 Percepción de cuidado de enfermería según Grupo de cuidado de Universidad Nacional de Colombia.....	45
2.2.7.5 Estudios a nivel Latinoamericano .....	46
2.3 Definición y operacionalización de variables .....	49
<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>53</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>53</b>
3.1 Diseño de la investigación .....	53
3.2 Población en estudio .....	53
3.3 Selección de la muestra.....	53
3.3.1 Criterios de inclusión y exclusión .....	53
3.3.1.1 Criterios de inclusión .....	54
3.3.1.2 Criterios de exclusión.....	54

3.3.2 Tamaño de la muestra .....	54
3.4 Descripción de los instrumentos .....	54
Tabla 1: Categorías e ítems, PCHE 2ª versión.....	56
3.5 Procedimiento de recolección de datos .....	59
3.6 Prueba Piloto.....	60
3.7 Procesamiento y análisis de los datos .....	61
3.8 Consideraciones éticas .....	62
CAPÍTULO 4.....	63
RESULTADOS .....	63
4.1 Caracterización de la muestra .....	63
Tabla 2: Distribución de frecuencia y porcentaje según sexo.....	63
Tabla 3: Distribución de frecuencia y porcentaje de los servicios encuestados.....	64
Tabla 4: Distribución de frecuencia y porcentaje según motivo de hospitalización en los servicios BCM, MCM, BCQ y MCQ en HCVB Octubre-Noviembre de 2013.....	65
4.1.1 Promedio de personas por enfermera/o.....	65
4.2 Análisis descriptivo.....	67
4.2.1 Percepción Global.....	67
Tabla 5: Distribución porcentual de niveles de percepción (Siempre-Casi siempre) por categoría.....	67
Tabla 6: Distribución porcentual de niveles de percepción (Nunca-Algunas veces) por categoría.....	68
Tabla 7: Percentiles sobre el puntaje total obtenido por los encuestados .....	69
4.2.2 Percepción por Categoría .....	70
4.2.2.1 Apoyo Emocional .....	70

4.2.2.2 Apoyo Físico .....	72
4.2.2.3 Empatía .....	74
4.2.2.4 Cualidades del hacer de la Enfermera .....	76
4.2.2.5 Proactividad .....	78
4.2.2.6 Priorizar al ser Cuidado.....	80
4.2.2.7 Pregunta Abierta .....	83
Tabla 8: Pregunta Abierta: Unidades de Significado .....	83
Tabla 9: Categorización e interpretación del nivel de confiabilidad de las pruebas .....	86
CAPÍTULO 5.....	87
5.1 Discusión.....	87
5.1.1 Percepción Global .....	87
5.1.2 Categorías .....	89
5.1.2.1 Apoyo Emocional .....	89
5.1.2.2 Apoyo Físico.....	90
5.1.2.3 Empatía .....	91
5.1.2.4 Cualidades del hacer de la Enfermera.....	93
5.1.2.5 Proactividad .....	94
5.1.2.6 Priorizar al Ser cuidado.....	95
5.2 Limitaciones del estudio .....	97
5.3 Conclusiones.....	98
5.4 Sugerencias .....	101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103

## INDICE DE ANEXOS

ANEXOS .....	110
ANEXO 1: Instrumento PCHE 2ª Versión, Colombia.....	111
ANEXO 2: Instrumento PCHE 2ª Versión, Modificado para Chile .....	113
ANEXO 3: Informe de adecuación lingüística .....	115
ANEXO 4: Minimal abreviado .....	117
ANEXO 5: Informe de aprobación comité científico Hospital Carlos Van Buren .....	118
ANEXO 6: Carta de aprobación Comité ético científico SSVSA .....	119
ANEXO 7: Autorización de utilización de Campo Clínico .....	123
ANEXO 8: Consentimiento informado y ficha de consentimiento para pacientes.....	124
ANEXO 9: Acuerdo de recepción y uso del instrumento PCHE.....	127
ANEXO 10: Carta Compromiso de atención CAPSI .....	129
ANEXO DE TABLAS.....	130
ANEXO 11 Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta N° 7 .....	131
ANEXO 12 Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta N° 21 .....	131
ANEXO 13 Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta N° 18.....	131
ANEXO 14 Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta N° 4.....	132
ANEXO 15 Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n°15.....	132
ANEXO 16 Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n°12.....	132
ANEXO 17 Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n°32.....	133
ANEXO 18 Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n°22.....	133
ANEXO 19 Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n° 11 .....	133
ANEXO 20 Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n° 19.....	134

ANEXO 21	Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n° 17 .....	134
ANEXO 22	Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n°31 .....	134

## RESUMEN

El rol de las/os enfermeras/os en los hospitales está socialmente estructurado, adquiriendo una conducta institucionalizada y manteniendo una sobrecarga de trabajo técnico y labores mecanizadas, logrando que la esencia del cuidado de enfermería se torne invisible a los ojos de las personas atendidas.

El objetivo del estudio es conocer la percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería en un hospital de Valparaíso, Chile.

Investigación de tipo cuantitativo, exploratorio, prospectivo y de corte transversal.

Con una muestra de 138 personas, se describió la percepción del cuidado humanizado de enfermería a través del instrumento PCHE – 2° versión modificado para Chile, durante Octubre y Noviembre del año 2013.

Los resultados muestran que a nivel global el cuidado humanizado fue Siempre percibido con un 84.06%, Casi siempre con un 11.59%, el 4.35% Algunas veces lo percibió y el 0.0% Nunca lo percibió. Para determinar el orden de percepción por categorías, se consideró una sumatoria de los niveles de percepción Siempre y Casi siempre, resultando: Cualidades del hacer de la enfermera (95,65%), Priorizar al ser cuidado (94.93 %), Apoyo físico (94.20%), Apoyo emocional (92.75%) Proactividad (90.58%) y Empatía (90.58%).

Conclusión: el cuidado humanizado proporcionado por la/el profesional enfermera/o fue siempre percibido, identificando principalmente comportamientos concretos y acciones visibles en comparación a los comportamientos relativos a los sentimientos, los valores e intenciones.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, Atención de Enfermería, Humanización de la Atención, Personal de Enfermería, Hospitalización. Fuente: Bireme DeCS.

## **ABSTRACT**

The nurses' role inside the hospitals is socially structured, acquiring an institutionalized behavior maintaining an overload of technical work and mechanized tasks, making the essence of nursing care become invisible to the eyes of the people served.

The objective of the investigation is to know people's perception about humanized care behaviors given by professional nurses in a hospital of the city of Valparaíso, Chile.

Research on quantitative, exploratory, prospective and transversal cut.

With a sample of 138 persons, the perception of nursing's humanized care behaviors was described through the instrument named PCHE- 2<sup>nd</sup> version modified for Chile, between October and November of 2013.

The Results show that in a global level, the humanized care was Always perceived with 84.06%, Almost Always with 11.59%, 4.35% Sometimes perceived it and 0,0% Never noticed it. To determinate the categories order, it was considered to add the perception level Always and Almost Always, resulting: Nurse's task qualities (95.65%), To prioritize the nursed one (94.93%), Physical support (94.20%), Emotional Support (92.75%), Proactivity (90.58%) and Empathy (90.58%).

Conclusion: The humanized care provided by the nurse has always been perceived mainly identifying specific behaviors and visible actions compared to behavior relatives to feelings, values and intentions

**KEY WORDS:** Nursing, Nursing care, Humanization of Assistance, Nursing Staff, Hospitalization. Source: Bireme DeCS

## CAPÍTULO 1

### INTRODUCCIÓN

#### 1.1. Introducción

El cuidado humanizado hace referencia a los fenómenos tanto abstractos como concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y autorización o con conductas para con los demás que reflejen la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona.<sup>1</sup>

Actualmente, el rol que cumple el profesional de enfermería dentro de las instituciones hospitalarias está socialmente estructurado, adquiriendo los profesionales, como lo señala Watson, una conducta institucionalizada.<sup>2</sup> El enfoque biomédico así como esta conducta, ha llevado a que los profesionales enfermeras/os mantengan una sobrecarga de trabajo técnico y labores mecanizadas, logrando que el cuidado de enfermería en su esencia, se torne invisible a los ojos de las personas atendidas.

Durante el último tiempo el contexto nacional chileno ha reflejado una preocupación al regular la atención en salud, promulgando la ley 20.584 en el año 2012 que vela por los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y quien comprende, entre otras cosas, el derecho a recibir un trato digno y respetuoso<sup>3</sup>, este hecho plasma un enfoque humanizado que guía el actuar de los profesionales sanitarios.

Además, a lo largo las experiencias hospitalarias de los autores como estudiantes de enfermería, se observó que en algunos centros de salud chilenos aún sigue impregnado el modelo biomédico y curativo, enfocándose en lo biológico y alejando el quehacer de enfermería de la perspectiva humanista y holística del cuidado. Sumado a esto, tras una revisión bibliográfica se evidenció la escasez de investigaciones sobre la situación del cuidado de enfermería a nivel nacional.

Bajo este escenario surgió la motivación para investigar con mayor profundidad lo que sucede actualmente con el cuidado humanizado, específicamente cuál es la percepción de las personas sobre el cuidado de enfermería y de qué forma se está entregando.

Si bien a nivel nacional los estudios sobre la percepción de cuidados humanizados otorgados por la/el enfermera/o son inexistentes, en Latinoamérica existen diversas investigaciones que demuestran la preocupación por saber más de este fenómeno. Es así como el estudio “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander” realizado el 2008, destaca los comportamientos más importantes percibidos por los usuarios, que se relacionan con las habilidades del personal.<sup>4</sup> Por otro lado, el estudio realizado en Colombia, “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del country”, arrojó resultados que destacan el percibir siempre los cuidados humanizados otorgados por la/el enfermera/o.<sup>5</sup>

El presente estudio titulado “Percepción sobre el cuidado humanizado proporcionado por profesionales de Enfermería en atención cerrada, Valparaíso, 2013”, trata sobre la percepción del cuidado humanizado que tienen las personas atendidas en atención cerrada, a través de las distintas áreas que rodean al cuidado, como el apoyo emocional, apoyo físico, empatía, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad y priorización del ser cuidado. Esta investigación se realiza en el Hospital Carlos Van Buren (HCVB) de Valparaíso, perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA), institución correspondiente a un hospital autogestionado de alta complejidad, que organiza su atención en base al sistema de camas indiferenciadas.

La realización de este estudio aportará de forma significativa datos cuantificables, siendo precedente para futuras investigaciones en este ámbito y contribuyendo a una cualificación del desempeño profesional relativo a la entrega del cuidado humanizado. También, ayudará a visualizar la teoría en la práctica y eventualmente podría ser de ayuda para capacitar al profesional de enfermería y proporcionar herramientas necesarias para proponer y diseñar estrategias de gestión.

De igual forma tras la socialización de los resultados en la institución estudiada, será motor para la reflexión de las/os profesionales enfermeras/os sobre el cuidado que están entregando.

De esta manera el objetivo general de esta investigación es conocer la percepción del cuidado humanizado que tienen las personas atendidas en un hospital de Valparaíso.

## 1.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionado por profesionales de enfermería en atención cerrada en la ciudad de Valparaíso durante el segundo semestre del 2013?

## 1.3 Objetivos generales y específicos

### 1.3.1 Objetivo General:

Conocer la percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionado por profesionales de enfermería en atención cerrada en la ciudad de Valparaíso durante el segundo semestre del 2013.

### 1.3.2 Objetivos específicos:

- Identificar si la persona atendida percibe el apoyo emocional proporcionado por el profesional enfermera/o.
- Identificar si la persona atendida percibe el apoyo físico proporcionado por el profesional enfermera/o.
- Determinar si la persona atendida percibe las acciones que reflejan la empatía del profesional enfermera/o (escucha activa, diálogo, presencia, comprensión, apoyo).
- Identificar si la persona atendida percibe las cualidades del hacer de la/el enfermera(o) (disponibilidad, trato cordial, identificación de las necesidades de cuidado, explicación anticipada, educación oportuna, promoción del autocuidado, responsabilidad, compromiso).
- Identificar si la persona atendida distinguen las acciones que demuestren proactividad de parte del profesional enfermera/o.
- Determinar si la persona atendida percibe la prioridad que se le da en el cuidado otorgado por el profesional enfermera/o.

## CAPÍTULO 2

### MARCO REFERENCIAL

#### 2.1 Antecedentes

En Chile, durante el año 1997, el poder legislativo manifestó que la función social de la enfermera es la satisfacción de la necesidad de cuidados, introduciendo así el inciso cuarto al artículo 113 del Código Sanitario chileno. En él se describen tres grandes funciones del quehacer de la enfermería: la gestión del cuidado, el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente.<sup>6</sup> Este reconocimiento posiciona a la enfermería dentro del marco jurídico chileno, situando al cuidado como el aporte significativo que entrega la/el enfermera/o durante su quehacer profesional, garantizando de esta forma el derecho a la protección de la salud de las personas.<sup>7</sup>

Enfocándonos principalmente en la función de la gestión del cuidado es que se toma la definición de la Comisión de Legislación en Enfermería, la cual dice que es 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.<sup>8</sup> Teniendo en base estos argumentos, vemos que en nuestro país ha aumentado la necesidad de considerar los alcances que tiene la enfermería. Por una parte, se le otorga un carácter único e inamovible de gestora y por el otro, aparece la necesidad de que su formación sea eminentemente universitaria, lo que otorgará la modulación de competencias y herramientas que le permitan el abordaje integral de las necesidades de la población.<sup>9</sup>

Cada vez más se reportan los beneficios de los servicios proporcionados por las/los enfermeras/os sobre la disminución de la morbimortalidad y sobre la satisfacción usuaria. Tourangeau concluye que los hospitales con alta proporción de enfermeras con formación superior reducen significativamente la tasa de mortalidad. Asimismo, ha quedado demostrado el impacto de una buena relación entre el número de enfermeras/os y el número de pacientes en términos de resultados en donde se evidencia una menor mortalidad, menor índice de infecciones asociadas a

la atención e salud, de úlceras por presión y de complicaciones postoperatorias, estaba hospitalaria más corta, mejor calidad de la atención, mayor seguridad del paciente y mayor satisfacción usuaria.<sup>10</sup> Según datos obtenidos desde el Ministerio de Salud, Chile subió 8 puestos en el informe Panorama de Salud 2013 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), estudio que se realiza cada dos años y compara distintos indicadores sanitarios entre los 34 países miembros, en donde pasó de 0.5 enfermeras/os por cada 1.000 habitantes en el año 2009 a 4.2 enfermeras/os por cada 1.000 habitantes en el año 2011.<sup>11</sup>

Por otro lado, el primero de Octubre de 2012 entra en vigencia la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Dicha Ley regula el derecho a recibir un trato digno y respetuoso en la atención, establece el derecho a contar con la compañía de familiares y amigos cercanos durante la estadía, a recibir consejería, asistencia religiosa o espiritual, al respeto a las prácticas de salud de quienes pertenezcan a pueblos indígenas y facilitar su ejercicio. Regula la reserva de la información contenida en la ficha clínica, aborda la autonomía de las personas en su atención a través de la regulación de la decisión informada en lo referente al estadio terminal de la enfermedad y el respeto de la voluntad manifestada previamente. Contempla también, la protección de la autonomía de las personas respecto de su participación en protocolos de investigación científica y consagra en forma especial los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual. Establece la participación de las personas usuarias y regula lo referente a los medicamentos e insumos. Así mismo regula los deberes de las personas, la cual hace referencia a las responsabilidades que deben asumir al requerir y recibir una atención de salud.<sup>3</sup>

De este modo, el desarrollo del concepto de Cuidado de Enfermería en Chile ha sido notorio en las últimas dos décadas, donde se ha hecho énfasis a lo que tiempo atrás había permanecido invisible en el ejercicio de la profesión: “El arte de la enfermería”, que constituye los aspectos de interrelación entre la enfermera y la persona atendida como elemento esencial.<sup>9</sup>

Esto demuestra que a nivel nacional el tema es relevante, tanto política como socialmente y que se está haciendo algo por instaurar como mínimo una atención que respete los principios éticos y considere a la persona en su totalidad. Por otra parte, es importante tomar en cuenta la escucha y

recepción de lo que las personas atendidas manifiesten, o sea, cómo perciben la atención y al profesional que la presta, cómo se sienten al respecto y qué genera esto en los cambios de su estado de salud.

El cuidado es la esencia de Enfermería, éste debiera estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y facilitar a otro el adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.<sup>2</sup>

Según Watson, el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente.<sup>2</sup>

Con el gran aporte de la Teoría del Cuidado Humano postulado por Jean Watson, a nivel Latinoamericano se abrieron interrogantes respecto a la calidad humana de la atención entregada por el profesional de enfermería. En relación a esto, surgieron preceptos e instrumentos basados en su filosofía, que buscaban medir las dimensiones de esta problemática para evaluar reflexivamente la situación e implementar programas con el objetivo de devolver al cuidado su aspecto humano, pues con el avance tecnológico y la reestructuración administrativa, la persona – como centro del cuidado–, su relación con el profesional y el cuidado, estaba corriendo el riesgo de deshumanización.<sup>5</sup>

Un ejemplo de ello, lo constituye el estudio realizado en Colombia Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country en donde, como resultado, se evidencia que un 86.86% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country Siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería, el 12.04% de las personas Casi siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería y el 1.09% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country sólo Algunas veces percibieron dicho cuidado y ninguna de las personas hospitalizadas Nunca percibió los comportamientos de cuidado humanizado en los profesionales de enfermería.<sup>5</sup>

Es así como también otros estudios revelan que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le prestan dentro de las instituciones hospitalarias, es decir, un cuidado humanizado y transpersonal.<sup>2</sup>

América Latina continúa este trabajo, dándole énfasis a los grupos de estudio e investigación en la identificación de las conductas y percepciones alrededor de la entrega de cuidado, estimando su humanización y qué factores están influyendo.<sup>8</sup>

De esta forma, confirmamos que la percepción de la persona atendida es una preocupación dentro del contexto de la enfermería y respecto a esto, nuestro país no puede quedar atrás, vale decir, debe volcar su preocupación a los sentimientos y experiencias que desarrolla la persona frente al profesional de enfermería al ejercer su quehacer profesional, logrando así volver visibles los cuidados que con el tiempo se han ido mecanizando.

## 2.2 Marco Conceptual

### 2.2.1 Concepto de cuidado

La real academia española define el cuidar por medio de tres verbos fundamentales: “conservar, asistir, guardar”<sup>12</sup>

Es indispensable considerar el cuidado como algo inherente al ser humano ante su preocupación por su semejante desde el principio de su existencia, para así poder sobrevivir en el medio en el que se desenvolvían, atribuyéndole a las mujeres como una tarea emergente del cuidado a sus recién nacidos y posterior mantención de su crecimiento y desarrollo a lo largo de la vida, sin excluir un cuidado masculino. Esto se ve plasmado cuando Estefo y Paravic definen que el cuidado es inherente al ser humano, es la acción que preserva nuestra especie. El ser humano desde antes del nacimiento cuida a sus semejantes y también durante todo su crecimiento y desarrollo. (...)El término *care* se refiere a la acción de cuidar, según esta definición todo ser humano puede cuidar, y *caring* incorpora además un sentido y una intencionalidad humanitaria en esta acción.<sup>9</sup>

Además, en el libro “promover la vida” de Collière, se asevera que el cuidar es y será siempre indispensable no sólo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo el grupo social. Esta función primordial, inherente a la supervivencia de todo ser vivo, se ha visto profundamente alterada entre los hombres a medida que las grandes mutaciones tecnológicas, socioeconómicas y culturales dan lugar a la fragmentación y disección de la aplicación de cuidados en una multitud de tareas y actividades diversas, en las que se requieren tanto

profesionales como oficios,<sup>13</sup> que desde un punto de vista que involucre una atención, Velandia lo plantea como una transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura, que es multidimensional, contextual y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en: crecimiento del sujeto del cuidado y del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado.<sup>15</sup>

A lo largo del tiempo se han postulado distintas definiciones del cuidado por teóricos, especialmente de enfermería. En un estudio citado por Kerouac, Leininger plantea que el cuidado es la esencia y el fenómeno central de la enfermería y que debe ser valorizado en todas las áreas de su ámbito profesional,<sup>15</sup> mientras que Watson destaca que el cuidado percibe los sentimientos del otro y reconoce su condición de persona única.<sup>2</sup>

## 2.2.2 Historia del cuidado

### 2.2.2.1 Corrientes del cuidado

Según Collière en su libro “promover la vida” la evolución del cuidado está ligada al concepto salud-enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico, definiendo cuatro etapas: doméstica, vocacional, técnica y profesional, las cuales no tienen límites temporales definidos, pero sí se corresponden con distintos períodos de la evolución sociocultural en el mundo occidental y con cuatro concepciones distintas del cuidado.<sup>13</sup>

#### 2.2.2.1.1 Cuidado Doméstico

Se desarrolla en el período histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano. Según Collière, desde tiempos remotos, los hombres se preocuparon de asegurar la continuidad de la vida de grupo y perpetuar la especie, organizando las tareas para asegurar la cobertura de una serie de necesidades: alimentación, protección de intemperies, defensa del territorio, salvaguarda de los recursos y de las enfermedades. El cuidado doméstico comienza siendo instintivo y se asocia tanto a hombres como mujeres, haciendo referencia a las acciones necesarias para mantener la vida del grupo familiar.<sup>13</sup>

A nivel de hipótesis, se supone que desde la prehistoria comienza la división del trabajo, los hombres adquieren funciones de cazadores, protectores del grupo y las mujeres funciones

agrícolas y del cuidado de los hijos, un papel que tiene el objetivo de asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida.<sup>13</sup>

La mujer se convierte en cuidadora de los niños o enfermos, tomando el concepto de cuidar en el amplio sentido: alimentar, proteger del frío y calor, movilización (...), es decir que cuidar y velar representan una serie de actos para asegurar la satisfacción de una gama de necesidades indispensables para la vida, con el objetivo de hacer retroceder a la muerte.<sup>16</sup>

#### 2.2.2.1.2 Cuidado Vocacional o Intuitivo

Éste se encuadra en la historia, desde el origen del pensamiento cristiano, momento en que el concepto de salud-enfermedad adquiere un valor religioso, hasta el final de la Edad Moderna.<sup>13</sup>

Este estilo de cuidado comienza en la Edad Antigua, cuando en la medicina se dieron dos líneas de conducta principales que se repiten en todas las culturas: El empirismo, que se traducía en tratamientos quirúrgicos, fármacos, recursos dietéticos, masajes, baños, etc. y la magia, representada por encantamientos, exorcismos, ofrendas a dioses, plegarias y sacrificios.

Las culturas Griega y Romana, contribuyeron significativamente en la consolidación de la Medicina y de otras profesiones sanitarias y el cristianismo impulsó a muchas personas a cuidar a enfermos y favoreció también la creación de enfermerías en monasterios y hospitales.

El cristianismo influyó en el cuidado de los enfermos, a partir de una nueva filosofía de la vida caracterizada por el desprecio de las riquezas, ayuda al pobre y desvalido, lo que indujo a muchas personas a dedicarse con gran abnegación y escasos conocimientos a los enfermos sin recursos, quienes eran considerados desechos de la sociedad y morían solos y sin ayuda.

Otras organizaciones que se dedicaron al cuidado de los enfermos fueron las "Viudas y Vírgenes" y las "Matronas romanas", entre estas últimas, destaca Fabiola quien fundó el primer hospital de Roma en el año 390. Los cuidados de Enfermería prodigados por estas organizaciones se limitaban a cuidados elementales de higiene, alimentación, abrigo y confort al paciente en su sufrimiento.

La mujer a partir de las propias experiencias de su cuerpo, saberes transmitidos de madres a hijas y del empirismo adquirido por la observación, fue cuidando una serie de enfermedades en base a regímenes y extractos de plantas que se administraban de diferentes maneras (vahos, enemas, gargarismos, cataplasmas, infusiones, etc.).<sup>16</sup>

#### 2.2.2.1.3 Cuidado Técnico

Se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico.<sup>13</sup>

#### 2.2.2.1.4 Cuidado Profesionalizado

La enfermería, con Florence Nightingale, se consolida como disciplina y profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero y desde un punto de vista cronológico comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días.<sup>13</sup>

#### 2.2.2.2 Historia del cuidado a nivel mundial

Desde un comienzo, el cuidado se relaciona con mantener la vida y el bienestar en general, dándose un cuidado cotidiano o doméstico dentro de la prehistoria y civilizaciones antiguas, así lo afirman Diana y Achury al citar en su trabajo que el principio de todos los cuidados ha sido vinculado, históricamente, con las funciones desarrolladas para mantener la vida y el bienestar, lo cual origina las prácticas del cuidado cotidiano, desarrollados por la mujer en el hogar, con sus hijos, con ella misma y con el hombre/compañero.<sup>13</sup> Además, agregan que la aplicación del cuidado corresponde al reconocimiento de una función social, aquella que se elabora alrededor de la fecundidad, que participa de forma directa en las situaciones que contribuyen al mantenimiento y desarrollo de la vida.<sup>13</sup> Estas ideas las toman del libro de Collière, Promover la vida, donde también se cita que las mujeres han curado gracias al contacto con la naturaleza y han forjado su saber transmitiéndolo unas a otras. Sus actividades de cuidado están enfocadas en el bienestar durante toda la vida, desde el momento del nacimiento hasta la muerte.<sup>13</sup> Dentro de este libro, afirman que durante miles y miles de años los cuidados habituales, es decir los cuidados que sustentan la vida cada día, están vinculados fundamentalmente a actividades de la mujer.<sup>13</sup> Por lo tanto, el inicio del cuidado tiene un principio ligado a la mujer y su función social dentro de la familia.

De a poco entraron en la etapa del cuidado vocacional, donde destaca un cuidado impregnado por la religión católica, ya que cuando en los países latinos las enfermeras intentaban reconciliarse con el pasado, buscando a través de alguna somera historia su relación con corrientes culturales y sociales que las habían precedido en la aplicación de los cuidados, lo único que encontraban, como principal fuente de referencia, era una iconografía de mujeres cristianas<sup>13</sup> haciendo referencia principalmente al inicio de las prácticas del cuidado por una vocación religiosa donde en los países de tradición católica, la mujer propuesta para representar el modelo de las primeras prácticas curativas es Fabiola.<sup>13</sup> Ésta pertenecía a Roma, de hecho, era una mujer de la alta sociedad romana convertida al cristianismo en quien se reconocieran tantas generaciones de mujeres que ejercían una actividad curativa.<sup>13</sup> En esta época el cuidado estaba marcado por un nivel socioeconómico en particular, el modelo original de los cuidados proporcionados por las mujeres, alienta a la idea de que cuidar dignifica y eleva la condición de los pobres, los desfavorecidos, los más desprovistos, y requiere una generosidad excepcional como sólo una mujer de clase social alta puede demostrar, clase social que debe ser por sí misma modelo para las clases populares.<sup>13</sup> Como ya se ha mencionado, el cuidado tuvo un inicio quizás más contextualizado en áreas femeninas que luego fueron tomando un tinte religioso, relacionándose siempre con el desarrollo de la historia mundial, ya que desde el siglo XI se inició un movimiento expansivo en varias direcciones, motivado por la necesidad de buscar nuevas tierras y el interés de recuperar y conquistar territorios en nombre de la fe.<sup>17</sup> Siglos más tarde, junto con el descubrimiento de nuevas tierras por parte de Cristóbal Colón y teniendo en cuenta que él consiguió apoyo de los Reyes Católicos, específicamente de Isabel de Castilla,<sup>17</sup> se intentó inculcar la religión católica y así el cuidado que otorgaban mujeres religiosas con el legado de Fabiola, desarrollándose el cuidado vocacional en América.

#### 2.2.2.2.1 El cuidado y la mujer

Históricamente el cuidado fue adjudicándose al sexo femenino, de hecho sería impreciso tratar de datar la existencia de la primera mujer que se dedicó al cuidado, es así que con mucha razón Jeanne Achterberg plantea que *women have always been healers*<sup>18</sup>, incluso desde la antigüedad gracias a investigaciones arqueológicas se han logrado encontrar tablillas de la región de Mesopotamia con inscripciones que indican adoración a diosas dentro de un contexto en que la

descendencia aún era matrilineal y las mujeres todavía no estaban controladas por los hombres<sup>19</sup> dando pie a una participación más activa dentro de actividades sagradas con roles como el de sacerdotisas-sanadoras y practicadoras de la medicina (especialmente mujeres sumerias). Cabe destacar que indicios de la curación marcan tradiciones y símbolos hasta el día de hoy, como lo es el símbolo de la salud ya que puede que la asociación de serpientes y curación provenga de una tradición aún mucho más remota: la asociación de la serpiente con la Diosa<sup>19</sup> haciendo referencia Nerthus quien era representada sujetando una serpiente con un rol marcadamente maternal en cuanto a la tierra refiere.<sup>20</sup>

De este modo, múltiples culturas dentro de su religión y mitología se vieron fuertemente influenciadas por la presencia de diosas y su consecuente práctica de mujeres en lo relativo al cuidado y la medicina en sí, de forma que en un principio se hizo cada vez más necesaria la presencia de la mujer dentro de su quehacer familiar, espiritual y cultural, impregnándose generacionalmente en la labor maternal desarrollada por ellas.

#### 2.2.2.2.2 Historia del cuidado en Latinoamérica

La historia del cuidado en América Latina se remonta a la época precolombina, en donde distintas civilizaciones dejan un legado importante. Los cuidados proporcionados que hoy entendemos como cuidados de enfermería se encontraban a cargo de esclavos, domésticas y ancianos, siendo así un oficio más que una profesión. Luego de la llegada de Cristóbal Colón, junto al periodo de colonización, las indígenas fueron sometidas al cuidado de los enfermos.<sup>21</sup>

Entre los años 1900-1930 la práctica de salud dominante fue la sanitaria, en donde el perfil epidemiológico eran las enfermedades que exigían cuarentena, siendo el punto de partida de la transformación y desarrollo de la medicina en América Latina. En este periodo se inicia también la colaboración internacional en el campo de la salud: la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1902).<sup>22</sup>

La atención médica desde los principios de la independencia era ejercida en los asilos y hospitales de beneficencia. Desde el punto de vista de la enfermería, ésta se desarrolló bajo congregaciones religiosas, las cuales cuidaban a los desamparados realizando una obra social.<sup>21</sup>

Cabe destacar que el desarrollo de la práctica de enfermería está relacionado con la práctica de salud, siendo esta última determinada por la totalidad social, que abarca tanto la estructura económica como las instancias jurídico-política e ideológica y donde lo económico juega un papel dominante.<sup>22</sup>

En Latinoamérica la formación universitaria en enfermería comenzó a vincularse a las universidades en la década de los 30' del Siglo XX, logrando así la profesionalización de ésta<sup>13</sup> siendo el cuidado el principal quehacer de enfermería.<sup>22</sup>

En los últimos años la salud ha adquirido un lugar privilegiado en la agenda global, al entenderse como componente central del desarrollo, en donde la tendencia en Latinoamérica es el aumento de la pobreza, el envejecimiento de la población y la inequidad.<sup>23</sup>

En relación a esto, el cuidado de enfermería como en cualquier parte, comprende aspectos afectivos y humanistas relativos a la actitud y compromiso con los usuarios, y aspectos instrumentales o técnicos que no pueden separarse de los primeros, sin embargo, los cambios en el perfil demográfico que ha sufrido la región de las Américas junto a la escasez de personal y su inadecuada distribución, hacen que este cuidado se vea en peligro, por lo que el objetivo a lograr en esta zona es el desarrollo de un cuidado humanizado que se vuelva inherente al quehacer de enfermería.<sup>23</sup>

#### 2.2.2.2.3 Historia del cuidado en Chile

En el Chile Precolombino, los mapuches eran el principal exponente de etnias originarias. Eran sus mujeres las encargadas de cuidar a los niños y la tierra. Al momento de hablar de salud, aparecía la figura del Machi quien representaba la unión de este mundo con el sobrenatural y que en su gran mayoría eran del género femenino. Los cuidados brindados por las sanadoras tenían sus orígenes principalmente en la observación y uso de plantas medicinales y su traspaso de conocimiento era eminentemente oral: de generación en generación.<sup>24</sup>

Luego, con la llegada del hombre español, se encuentran en oposición las figuras que otorgan los cuidados. Aunque todavía en las etnias son las mujeres quienes están encargadas de otorgarlos principalmente por la visión matriarcal que se tiene de ellos, el nuevo hombre, este europeo que viene a conquistar nuevas tierras y llega con personas destinadas a cuidar a los enfermos, pero sin

los conocimientos científicos, en su mayoría debido al pobre crecimiento de estos y la falta de médicos o boticarios. Son los frailes y barberos los gestores de cuidados durante la época de la conquista.<sup>25</sup>

En la colonia española, la llegada de barcos con personal médico capacitado para otorgar los cuidados logra un giro en la historia sanitaria de Chile, se comienza con la construcción de hospitales más firmes que en eras predecesoras y se cuenta con más personas que brinden cuidados a los enfermos. Los Hermanos Hospitalarios de la Caridad o Hermanos San Juan de Dios fueron los mayores precursores de estos primitivos cuidados en nuestro país y hacen referencia a que el cuidado durante esta época en Chile, eran principalmente por caridad y vocación. Durante el transcurso de los años, llegaron a este país más órdenes religiosas dispuestas a cuidar a las personas que así lo requiriesen.<sup>26</sup>

Hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX, los nuevos descubrimientos de Pasteur traídos a Chile por médicos y el cambio en la epidemiología local, genera un vuelco en la organización de los hospitales, tanto en estructura como en organización humana. Es en esta época que encontramos a las primeras personas llamadas “enfermeras”, eran principalmente religiosas y personas sanas o convalecientes del mismo hospital.<sup>26</sup>

Todo esto trajo la necesidad de profesionalizar los cuidados en Chile, y es así como en el año 1902 se ofrece el primer curso para enfermeras en el hospital San Borja. A medida que van pasando los años, los nuevos conocimientos van provocando un constante cambio en la visión de los cuidados en nuestro país. Se ve fuertemente influenciada por las corrientes internacionales y las nuevas teorías y modelos de enfermería; quienes emanan conocimientos empíricos y fundamentos científicos para la praxis de los cuidados.<sup>26</sup>

Hoy en día, las corrientes de cuidado en Chile, están influenciadas por la teórica Jean Watson definiendo a la enfermería con un enfoque filosófico y espiritual, y planteando el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, es decir, el cuidado como una relación terapéutica básica de los seres humanos. Del mismo modo se intenta lograr un equilibrio en las visiones que se tiene de los cuidados dando cabida a la interculturalidad de los mismos.<sup>26</sup>

Por otro lado, desde el año 1997 en Chile rige la modificación del código sanitario, incluyendo en su Libro Quinto: Del Ejercicio de la Medicina y Profesiones Afines, el inciso cuarto al artículo 113, en el cual se agrega y define la función de la enfermería: Los servicios profesionales de la

enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y 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.<sup>8</sup> Por lo tanto, se pueden definir tres grandes funciones de la enfermería: la gestión del cuidado; el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico; y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente. Siendo la función de gestora de cuidados la más importante y de las tres, la única que solo es realizada por la enfermera.<sup>8</sup>

Luego, en el año 2012 entra en vigencia la ley N° 20.584 de Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su Atención en Salud<sup>3</sup>, inspirada en los principios de autonomía y dignidad de las personas. La idea primordial de esta ley es el resguardo de los pacientes, tanto públicos como privados, en sus derechos para discernir de forma informada, respeto al paciente terminal y a quienes tiene una enfermedad mental.

La enfermería no se ve ajena a este plano legal aprontado por la nueva ley; se plantea a través de las disposiciones emanadas del poder legislativo la necesidad de dignidad y autonomía de la persona atendida, es decir, reconocer al otro como humano merecedor de un trato humanizado y la enfermería como ente ejecutor de cuidados.

### 2.2.3 Cuidado de enfermería

El cuidado de enfermería evolucionó en la búsqueda de nuevos saberes y quehaceres, en la perspectiva de reafirmar la profesión como ciencia, arte y tecnología.<sup>27</sup> En la actualidad, hablar del cuidado nos lleva inmediatamente a pensar en este concepto como el eje de la profesión de enfermería.<sup>28</sup>

En el estudio “Enfermería en el rol de Gestora de los cuidados” de Estefo y Paravic, cuidado de enfermería corresponde a los cuidados profesionales que la enfermera lleva a cabo y que suponen un compromiso humanista y un interés por sus semejantes. Además se menciona que, cuidado de enfermería es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado alcanza una apertura del yo al otro, una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos.<sup>9</sup>

Tanto usuarios como enfermeras, coinciden que al identificar un buen cuidado de enfermería, deben presentarse las siguientes características:

- El involucramiento de la enfermera con el usuario
- El contacto físico
- La escucha
- Las vivencias compartidas
- El acompañamiento
- La información para el mejoramiento del autocuidado
- Ayudar a crecer como ser humano
- La preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro.<sup>28</sup>

Por lo tanto, el cuidado de enfermería se encarga más allá del “acto de cuidar”, involucra el “qué” del cuidado y el “cómo” de la interacción persona-enfermera, enlaza un tipo de cuidado que engloba la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde este punto de vista, se trata de un cuidado que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual se encuentra en continua interacción con su entorno, lo que la hace vivir experiencias de salud.<sup>29</sup>

Como se menciona anteriormente, la esencia del cuidado de enfermería es la conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud. Con esto se logra dejar atrás lo que por años ha sido el eje del quehacer de enfermería y lo que muchos pensaban era el área que daba sustento al arte de la profesión, ya que se consideraba el uso de las manos como elemento indispensable para su ejecución: la realización de técnicas y procedimientos (como la aplicación de inyecciones, sueros, sondas, etc.), hoy en día se considera solo como algo más de la tecnología para el cuidado, que se aplican estrictamente en las situaciones de enfermedad.<sup>28</sup>

#### 2.2.3.1 El cuidado como valor ético

Si vemos el cuidado de enfermería desde el punto de vista de la bioética, la esencia de este corresponde a la protección de la vida humana, siendo ésta el centro de reflexión, el objeto de conocimiento, del saber y del quehacer de enfermería.<sup>30</sup> Y como recae en la protección de la vida humana, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) hace énfasis que en el cuidado de

enfermería hay respeto por la persona, y no existen restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.<sup>31</sup>

Desde el punto de vista del principialismo, vemos que el acto de cuidar en enfermería, consiste en aplicar los cuatro principios de la bioética: la justicia, la beneficencia, la no maleficencia y la autonomía.

El ejercicio del cuidar, como tal, es una acción compleja que requiere la articulación de distintos elementos fundantes. Según Torralba, los puntos esenciales de la tarea de cuidar pueden sintetizarse en los siguientes:

- **Compasión:** Consiste en percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, en la capacidad de interiorizar el padecimiento de otro ser humano y de vivirlo como si se tratara de una experiencia propia. Compadecerse de alguien es un hábito del corazón que exige un movimiento extático, una salida de sí, para comprender al otro en su contexto y asumir en el propio pecho su pena.<sup>32</sup> Cada acción en el cuidado de enfermería debe ser motivada por la compasión, sin coartar la libertad de decidir de la persona atendida sobre su futuro, permitiéndole el completo desarrollo de su autonomía.
- **Competencia:** Sólo es posible cuidar adecuadamente a un ser humano desde la competencia y el conocimiento de dicho ser humano desde una perspectiva global. Brykczynska especifica que la tarea de cuidar requiere conocimientos de orden espiritual y psicológico, y ello resulta mucho más arduo y difícil de integrar en la actividad profesional que las habilidades y procedimientos de orden técnico.<sup>32</sup>
- **Confidencialidad:** Quien practica el cuidado, debe caracterizarse por un trato delicado y confidencial y dar garantías al enfermo de que aquello que ha expuesto no será objeto de exhibición. La confidencialidad es, precisamente, la virtud que protege al enfermo de su exhibición.<sup>32</sup>
- **Confianza:** Es para Torralba, la clave en el arte del cuidar. Es fundamental que el profesional sepa dar pruebas y garantías de confianza, no sólo por sus palabras y por su

gestualidad, sino por la eficiencia y eficacia de las acciones que desarrolla. La profesionalidad ejercida de un modo excelente es motivo de confianza para el usuario, por ello la confianza no sólo es virtud personal, sino virtud profesional.<sup>32</sup> Es entonces interdependiente con el constructo de competencia y confidencialidad, exigiendo en el profesional el desarrollo de todas las virtudes para lograr un cuidado ético y humanizado.

- **Consciencia:** Hace referencia al sentido ético del concepto, afirmando que ser consciente de todos los factores que influyen el ejercicio del cuidar y ser consciente de las dificultades que implica cuidar bien a un ser humano, es una de las garantías fundamentales de la buena praxis profesional.<sup>32</sup> Como explica Torralba, los constructos éticos del cuidar son las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia profesional. No son principios, ni puntos de partida, sino hábitos personales y profesionales que se exigen en la tarea de cuidar. La integración completa de estos constructos éticos es fundamental para el óptimo desarrollo de la tarea de cuidar. Todos ellos son necesarios, pero ninguno de ellos es suficiente a título aislado. Se requieren mutuamente.<sup>32</sup>

Ver el cuidado de enfermería como valor ético es fundamental, ya que es el motor que debe guiar siempre la profesión.

#### 2.2.4 El cuidado desde la fenomenología

La condición primitiva de auto conservación de los seres vivos ha permanecido intacta en los seres humanos, ya que existe una necesidad que surge de lo más profundo de cada ser por seguir conservando la vida, a través del acto de alimentar-se, asear-se, peinar-se, amar-se, recordar-se, etc. Todas estas acciones que tienen implícito el sufijo relativo al pronombre se relacionan profundamente con el autocuidado, ya que conllevan el acto de volver sobre uno mismo.<sup>33</sup>

El instinto de conservación de los seres vivos más evolucionados y el cuidado en el ser humano son un acto ontológico que se origina en la naturaleza misma de los seres vivos, pero que se consume en el mundo de los actos.<sup>33</sup>

Respecto a los seres humanos, el cuidado tiene un sentido natural y otro caracterizado por el intelecto, esto último debido a la conciencia y la capacidad que tienen las personas de volver sobre ellas mismas. No obstante, el cuidado no sólo es una actitud intrínseca de los seres humanos, sino un conjunto de actos conscientes del sujeto mismo que habita en las circunstancias.<sup>33</sup>

La voluntad, los valores, las creencias, los sentimientos y los conocimientos dan lugar al cuidado, el cual, además, se origina en la subjetividad humana, consolidándose a partir de la intersubjetividad como acto que regresa al ser humano mismo o que trasciende a otras personas.<sup>33</sup>

El cuerpo del ser humano es la sede del cuidado, no sólo habita el espacio y el tiempo, sino que él mismo es espacio y tiempo: el ser humano es un momento y un pedazo del mundo. Coexiste una relación entre el cuerpo y la temporalidad, ya que al ser el primero un momento en sí, éste requiere ser de cuidado. Junto a esto, el cuidador dispone su tiempo de forma tal que da lugar a la compañía, acto que constituye un momento de cuidado, porque en ella se dona seguridad y confianza.<sup>33</sup>

El cuidar se relaciona con la expresión de las personas. Cada ser humano entrega una visión de lo que sucede en su interior mediante la expresión facial, corporal y verbal. Es importante destacar el rol que cumple el rostro en el flujo comunicativo, puesto que es la primera impresión y el primer contacto que toma la persona cuidada con su cuidador. A través de rostro, se involucran los participantes del momento de cuidado, haciendo saber al otro sus necesidades y atenciones a desempeñar en función de ellas y su satisfacción.<sup>33</sup>

El cuidado surge cuando para la persona toma importancia la existencia y las necesidades del otro, cuando la disposición es a participar de la existencia del otro y cuando el ser humano es capaz de salirse de sí para volcar su atención al otro.<sup>33</sup>

#### 2.2.5 Teorías de Cuidado humanizado

Humanizar es un término que proviene de *humanar*, lo cual significa volver humano tanto lo que es a partir de la divinidad (Dios hecho hombre) como lo terrenal que pretende hacerse humano; vale decir, tomar las características de cercanía, amabilidad y afabilidad que son propias de los seres humanos.<sup>34</sup>

Para Diego Gracia, el acto de humanizar depende de la definición contextual que se le atribuya a humano, pues es una variante a lo largo de la cronología del pensamiento. Por ejemplo, el humano previo al siglo XIX era un ser por sobre todo racional, mientras que posterior a esa época y tras la Crisis de la Razón, se comenzaron a considerar los valores, la emocionalidad y subjetividad en su descripción.<sup>35</sup>

A partir de este planteamiento, se puede señalar humanizar como un acto referente a la ética, ya que toma en cuenta al humano y sus valores, las normas y principios bajo los cuales se lleva a cabo una relación. Este último término, relación, surge al hablar de humanizar porque el hombre es un ser social y la forma en que se comunica y relaciona con otro ser humano debiera ser humanizada, vale decir, empática, compasiva, cordial, cercana, bondadosa.<sup>34</sup>

El cuidado que entrega el profesional de enfermería se enmarca en una relación entre enfermera/o y persona atendida. Como concepto, el término cuidado ha sido dinámico a lo largo de la Historia, profesionalizándose y siendo sujeto de reflexiones filosóficas a través de la era de la enfermería. Una de estas reflexiones tuvo como conclusión que se estaba perdiendo un componente esencial en esta relación, el aspecto humano. Como afirma Jean Watson, el origen de su Teoría del Cuidado Humano fue desde la inquietud por otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los pacientes.<sup>36</sup>

Humanizar una realidad se define como hacerla digna del hombre, respetuosa y coherente con los valores que él siente como peculiares e inalienables.<sup>34</sup> Humanizar la realidad de enfermería es volver humano el cuidado, humanizar la relación que se da entre enfermera y persona como una experiencia de vida.

Diversas teorías de enfermería hacen referencia al cuidado humanizado. A continuación, se hará hincapié en 3 autores quienes dan sustento en la realización de esta investigación. Los autores son Leininger, Watson y Boykin y Schoenhofer.

#### 2.2.5.1 Teoría de la Diversidad y Universalidad: Madeleine Leininger

En el modelo propuesto por la enfermera Madeleine Leininger, define los cuatro conceptos del paradigma enfermero. Es así como presenta la enfermería como una ciencia y arte humanístico que se centra en las conductas, las funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o la recuperación de la enfermedad.<sup>37</sup>

Como punto de partida, en su Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales, Leininger define el cuidado como algo propio del ser humano, ligado a su constitución mediante la supervivencia que lograron las personas gracias a él, bajo condiciones adversas.<sup>2</sup> Junto a esto, lo delimita como parte vital para el crecimiento, desarrollo y sobrevivencia de los seres humanos desde la aparición de la raza.<sup>1</sup> También lo caracteriza como universal, pero deja en claro que los procesos, métodos y técnicas que se desarrollan para su ejecución varían culturalmente. A partir de esta premisa, desarrolla una idea de la enfermería transcultural desde el enfoque de los cuidados humanos.<sup>1</sup> Su teoría se basa en las ciencias humanistas como la antropología y también en la enfermería. Su propósito era descubrir las particularidades y las universalidades de los cuidados de los humanos según la visión de mundo, la estructura social y otras dimensiones para después descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares, con el fin de mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada.<sup>1</sup> También refiere que la cultura y el cuidado son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas,<sup>1</sup> destacando el rol protagónico de la persona en el cuidado.

La autora distingue a los seres humanos como agentes activos del cuidado al afirmar que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y, de este modo, pueden recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten de estos mismos.<sup>1</sup>

Uno de los focos de su pensamiento es el papel de las enfermeras, quienes deben ser capaces de descubrir y conocer el mundo en el que está inserta la persona que recibe cuidados. Así, los profesionales harán uso de sus propios puntos de vista, conocimientos y práctica, todos ellos dentro del halo de la ética, como base para realizar acciones concordantes con la cultura. En consecuencia, el cuidado cultural al que hace alusión, es la teoría holística más amplia dentro de la disciplina, ya que tiene en cuenta la vida humana en su plenitud y su perspectiva holística en un período de tiempo concreto e incluye los factores de la estructura social, el punto de vista del mundo, la trayectoria cultural, los valores, el contexto del entorno, las expresiones lingüísticas y los modelos tradicionales y profesionales.<sup>1</sup>

Dentro de los conceptos principales que articulan la teoría, conceptualiza los cuidados y la prestación de cuidados humanos, que se trata de los fenómenos tanto abstractos como concretos

que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y autorización, o con conductas para con los demás que reflejen la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida para afrontar discapacidades o la muerte.<sup>1</sup> Otro concepto y central es el de cuidados culturales, descritos desde la perspectiva humanista como actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar de la persona o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas.<sup>1</sup>

Por otro lado, los supuestos que establece esta teoría, plasman la diversidad y universalidad de los cuidados culturales. Para comenzar, remarca los cuidados como la esencia de la enfermería, un objetivo distintivo, dominante, primordial y unificador. Luego, hace mención a los cuidados culturales como vitales para el bienestar, salud, crecimiento, supervivencia y para afrontar los impedimentos físicos, mentales o la muerte. Específicamente, los cuidados culturales forman el medio holístico más amplio para saber, explicar, interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermeros y de este modo, guiar su práctica. Asimismo, son imprescindibles para curar y recuperar la salud, ya que no es posible la curación sin cuidado previo, mas sí puede existir el cuidado sin que haya curación.<sup>1</sup>

La enfermería a la que apunta Leininger, es de tipo transcultural y la define como una disciplina y profesión dedicada a los cuidados, humanística y científica, cuyo principal objetivo es servir a los individuos, grupos, comunidades, sociedades e instituciones. Respecto a la esfera cultural, cada cultura humana cuenta con conocimientos y prácticas de los cuidados genéricos o tradicionales y profesionales que varían no sólo de forma transcultural, pues también lo hacen de modo individual.<sup>1</sup>

En cuanto a los valores y creencias, la práctica de los cuidados culturales tiende a estar influida por los contextos del punto de vista del mundo, lengua, filosofía, religión o espiritualidad, parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria y entorno de las culturas. Con este origen, los cuidados enfermeros basados en la cultura que resultan beneficiosos, saludables y satisfactorios contribuyen al bienestar de las personas y sus familias, además de los grupos y comunidades dentro del entorno y sus contextos. Estos cuidados son

posibles cuando el profesional tiene conocimiento sólido y usa adecuadamente los valores, expresiones y modelos con coherencia.<sup>1</sup>

Cuando el escenario es adverso para el cuidado y las personas atendidas experimentan la carencia de cuidados enfermeros culturalmente coherentes, responsables, seguros y sensibles, mostrarán signos de conflictos y prácticas de imposiciones culturales, estrés y dolor sensible<sup>1</sup> que podrían repercutir en el estado de salud y bienestar de la persona.

Como parte de la enfermería, la investigación supuso un eje fundamental para Leininger. De acuerdo a lo que plantea en la enfermería transcultural, el método investigativo empleado es la investigación cualitativa, concretamente la etnoenfermería, cuyo énfasis está en el estudio de las personas, como resultado de las bases que son los conocimientos, experiencias propias y la práctica. Gracias a esta metodología, la autora pudo descubrir e interpretar las dimensiones epistemológicas y ontológicas de los cuidados.<sup>1</sup> El fruto factible de visualizar gráficamente, es el modelo del sol naciente y éste representa los componentes de su teoría. Describe a las personas como seres que no se pueden separar de su origen cultural y de la estructura social de la que son parte, tampoco de su concepción del mundo, trayectoria vital o del contexto de su entorno. Esta descripción, junto al cuidado como concepto, es un principio fundamental para Leininger a lo largo de su teoría.<sup>1</sup>

Cabe recalcar que los cuidados desde la perspectiva de su universalidad revelan la naturaleza común de los seres humanos y la humanidad en sí, es decir, lo que da unidad y una base común. Por su parte, la diversidad de los cuidados pone de manifiesto la variabilidad y las características únicas de cada ser humano<sup>1</sup> o sea, las particularidades propias de cada cual que lo diferencian de los demás.

Al analizar la teoría en su conjunto, se diferencian tres tipos de cuidados enfermeros, uno denominado de preservación y mantenimiento de los cuidados culturales, otro de adaptación y/o negociación de los cuidados culturales y, finalmente, los de reorientación y/o reestructuración de los cuidados culturales. Ellos en su totalidad son necesarios para la práctica de acuerdo a las necesidades de la persona que los recibe, considerando el estado en el cual sea necesario emplear un tipo en particular.

La teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados, entrega a la enfermería un dominio sobre el concepto fundamental y esencial de la disciplina: el cuidado. Leininger afirma que es

necesario considerar a la persona en su totalidad, holísticamente y en conocimiento de su procedencia cultural, ya que a partir de este saber, será posible entregar un cuidado tanto humano como coherente con las necesidades de la persona.

Al cuidado de enfermería propuesto por Leininger se asocian actitudes y valores como la empatía, compasión, presencia, alivio, compromiso, soporte, confianza, estímulo, implicación, restauración, protección y contacto físico.<sup>38</sup>

#### 2.2.5.2 Filosofía y teoría del Cuidado transpersonal: Jean Watson

En la filosofía de Watson, se reconoce como cualidad del cuidado su pertenencia esencial como parte del *ser* y acto básico para efectivamente llegar a ser.<sup>39</sup> El cuidado de enfermería, por su parte, es un cuidado profesional, de estructura definida que tiene el objetivo de satisfacer las necesidades de la persona para así mantener, promover o recuperar la salud. Watson enfatiza que el cuidado es un ideal moral y ético de la Enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.<sup>31</sup> Para ella el cuidado de enfermería corresponde a un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.<sup>40</sup>

Para profundizar el concepto de cuidado humanizado, la teoría se basa en siete supuestos, es decir, siete enunciados que se asumen como verdaderos, sin comprobación, y diez factores de cuidado. Tras la revisión de la misma autora, estos diez factores pasaron a ser Proceso Caritas de Cuidados,<sup>36</sup> una versión de los previos en los que se aprecia mayor fluidez, gracias a la cual se facilita la comprensión de las experiencias humanas de la persona. Este proceso, Caritas, tiene su origen en la intención de expandir las dimensiones a abordar en el entendimiento de la persona. El término Caritas proviene del latín y quiere decir valorar, prestar atención especial, además de una relación afectuosa. De esta forma se incorpora el aspecto espiritual y la evocación manifiesta al amor y al cuidado.<sup>36</sup>

En primer lugar y como parte de los siete enunciados, Watson afirma que el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal.<sup>36</sup> Esto se refiere a la transmisión del cuidado mediante la cultura de la que son parte las personas y el contexto en el

que se desenvuelven, tanto temporal como geográfico, situacional, colectivo o individual. Además, la influencia del ambiente contempla un conocimiento de los elementos que rodean al ser humano, junto con el conocimiento de él en sí.

También afirma que el cuidado está condicionado a factores de cuidado, los que están destinados a satisfacer las necesidades de la persona y cuando el cuidado es efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar, porque insta a la satisfacción de las necesidades y la generación de redes saludables para la persona consigo misma y el ambiente.<sup>36</sup> Este ambiente, a su vez, cuando se considera de cuidado, fomenta el desarrollo de las potencialidades de la persona que tienen por beneficio permitir que pueda elegir lo mejor para sí en una situación determinada.

Enfermería, como ciencia del cuidado, es parte complementaria a la ciencia de curar y esta afirmación es concretamente comprobable al identificar en la actualidad a los equipos de trabajo en salud como grupos multidisciplinarios. Para Watson, el cuidado iba más allá de la integración de los aspectos biomédicos en los actos de medicar o curar, ya que se trata de la unificación entre las ciencias exactas que describen el funcionamiento del cuerpo humano con las que explican sus comportamientos y reacciones. Como pieza central de enfermería, la práctica del cuidado debe acompañar a la persona en las etapas donde la información es llevada a ella, generando una dinámica en que sea posible comprender y descubrir qué es lo mejor para ella desde su propia perspectiva; es un tipo de compañía sensible y responsable, basada en el conocimiento y la práctica de una actitud terapéutica.<sup>36</sup>

La formación humanista y altruista en un sistema de valores, que años después Watson renombraría como la práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente,<sup>36</sup> se refiere al crecimiento constante del enfermera/o en el plano de los valores y lo moral, pensando en las realidades de las que proceden como experiencias que sí inciden, mas no determinan una forma rígida de enfrentar al otro que impida comprender su realidad. Se habla de la introspección como un ejercicio a realizar día a día, mediante la reflexión, meditación, participación en terapias e incluso, el desarrollo de habilidades en el área de las artes. Así, el avance en las capacidades para encontrarse consigo mismo, llevarían al profesional a descubrir con mayor sensibilidad lo que sucede con la otra persona, aquella que recibe los cuidados, poniendo de manifiesto lo que significa humanizar en base a la empatía y compasión.

Durante años, los programas de instrucción en enfermería se trataron de asignaturas con un enfoque biológico, patológico y clínico. En consecuencia, es una comprensión ya colectiva que dichos elementos son fundamentales para el cuidado, no obstante, por sí solos no ayudarán a la relación con otros.<sup>36</sup> Por este motivo, Watson atribuye una importancia antes desapercibida respecto a la enseñanza de las ciencias humanistas, porque facilitan la valoración de los perfiles culturales y psicológicos de cada persona, llevando a que el profesional ponga en práctica la ecuanimidad en el cuidado, o sea, lleve a cabo un cuidado sin diferenciaciones generacionales, raciales, sociales, etc.

Otro factor de cuidado es la incorporación de la fe y la esperanza, enunciado en otra oportunidad como ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad y este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado.<sup>36</sup> La fe es importante para el cuidado, la persona tiene la esperanza en los actos que connotan sus creencias, convicciones arraigadas que impulsan su mejoría emocional y alivian, dando bienestar. El mismo origen de las prácticas que buscaban mejorar el estado salud en algunas culturas y civilizaciones, estuvo marcado por los rituales y acciones fundamentadas en la fe.

Ligado a los factores antes mencionados, un tercero se refiere al cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los otros. Al confeccionar el Proceso Caritas de Cuidados, Watson le da el título de 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. Resulta complejo definir al hombre y para contribuir en esta tarea, la autora añade la característica de *sintiente*, que es para ella la esencial porque logra precisar la contemplación de sus aspectos más allá de lo corporal. Se identifica en este postulado de la teoría la alusión a los sentimientos de los seres humanos, de la persona atendida y del profesional. Para éste último, sería complicado identificar y tomar en cuenta los sentimientos del otro si no conoce ni logra expresar los suyos, los que pueden ir desde positivos a negativos y, como enfermera/o, no debe proteger al ser atendido de los que sean desagradables o entristecedores al evitar que los experimente, pues son parte de la vida al igual que los demás. La relevancia de esta expresión y entendimiento del otro, recae en la sensibilidad, cuyo refuerzo implícito es la formación valórica de la persona.<sup>36</sup>

El desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado a través de una relación de confianza, nace a partir del replanteamiento del desarrollo de una relación de ayuda y confianza,<sup>36</sup> donde la honestidad y la verdad apoyan la congruencia. Para adscribirse a ello, Watson plantea que los estereotipos no tienen cabida en el rol de los profesionales, por opacar la autenticidad y alejar a la persona atendida. Por otro lado, las/os enfermeras/os deben ser capaces de reconocer los conflictos que tienen lugar al explorar en las partes participantes de la comunicación, es decir, emisores y receptores. También establece que el autoaprendizaje es un proceso primordial, relacionado con el conocimiento de un mismo. Gracias a esto, la relación que constituye el cuidado puede cimentarse en la persona como única y libre, con el potencial de poner en práctica su autonomía.

Como ya se indicó, la apertura en cuanto a la vivencia y expresión de los sentimientos positivos y negativos no debe ser limitada por parte del profesional, por el contrario, éste debe ser un facilitador apoyador de la expresión en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida.<sup>36</sup> En una primera instancia, Jean Watson lo redactó como la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos, para más tarde fortalecer el papel de los enfermeros y enfermeras como pilares de apoyo para tales objetivos, enfatizando en la labor que les corresponde. Porque las emociones son importantes cuando se observa la conducta humana, la teorista se refiere a ellas de forma que son la ventana por la cual se visualiza el alma.

La autenticidad opacada va de la mano con el uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial.<sup>36</sup> Según Watson, la enfermería es una disciplina en la que su cuerpo profesional debe caracterizarse por el dominio teórico para así resolver problemáticas poco habituales que se pudieran presentar, optimizando de esta manera el cuidado. En otra oportunidad, planteó este factor de cuidado como 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. Hace hincapié en la sistematización excesiva que no da espacio suficiente al despliegue de la creatividad.

La visión de Watson sobre el proceso de enfermería, método científico propio de la disciplina, es favorecedora del concepto de resolución, es decir, lo ve como una herramienta para resolver los problemas que se presentan en las situaciones propias de enfermería.

Existen formatos estandarizados que tienden a la rigidez, percibiéndose como impedimentos para la investigación y estudio libres, sin embargo, no deben considerarse como tal, puesto que al utilizar adecuadamente estas pautas, sí es posible visualizar las dimensiones y la profundidad de fondo. Esto se infiere de lo que Watson advierte al reflexionar sobre el proceso de enfermería y la creatividad del profesional.

En añadidura, privilegia el papel de la investigación, el aprendizaje, la visualización de nuevas formas de cuidados, elaborar teorías innovadoras y la revisión de las ya existentes como forma de inspiración. Esto fortifica su convicción respecto a la importancia de un marco teórico sólido sobre el cuidado.

En la teoría del cuidado humano, se observa que participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que entienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro,<sup>36</sup> es un factor de cuidado que prioriza a la persona atendida, ayudándole a ser agente activo en lo que respecta a su salud al tomar las decisiones que la favorezcan y le permitan recuperar o mejorarla. Watson prestó atención a que la educación que tanto se menciona como rol de enfermería, es más bien una acción vertical en la que el profesional da una lista de indicaciones a cumplir. Ella considera que requiere una renovación para lograr establecer una relación entre los sujetos que proporcione la información de forma dirigida y adecuada a cada persona según su contexto. Para este fin, es esencial la incorporación de paradigmas donde se visualice la información, componente importante de la educación, de forma que su entrega sea proactiva y haya retroalimentación, abogando por la importancia de los protagonistas, ya que la información no es la única pieza finalmente.

Al personalizar el cuidado, se da un paso a favor de su humanización. Es la medida en que las necesidades de la persona son sentidas como propias en el profesional. Para esto, Watson estima trascendental el siguiente factor de cuidado: La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural. No se debe olvidar que el cuidado está inmerso en un medio que no es sólo situar espacialmente. Éste puede ocasionar efectos en las necesidades satisfechas. Jean Watson divide el ambiente en interno y externo en creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz.<sup>36</sup> Ambos medios son interdependientes entre sí y contenedores de variables propias.

Retomando el concepto de las necesidades, la teorista menciona que la asistencia con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honra la unidad del ser y permite que la espiritualidad emerja, modificación de la en un principio asistencia con la gratificación de las necesidades humanas. Watson propone que las necesidades se organizan de forma tal que se encuentran estratificadas en aquellas para la sobrevivencia, funcionales o psicofísicas, integrativas o psicosociales y, superiormente, las necesidades intra/interpersonales como la realización personal. Para Watson, además de influir el ambiente en su satisfacción, una necesidad se ve afectada por los factores socioculturales, sea en el nivel que sea. Por lo mismo, al cuidar, se busca satisfacer las necesidades del individuo como las de la comunidad.

Finalmente en su teoría, Jean Watson establece que el reconocimiento de lo fenomenológico y existencial tiene un rol de importancia. Considera que para lograr un trabajo que genere resultados en la satisfacción de necesidades, se deben utilizar metodologías como la fenomenología, definida por Watson como el acento en la comprensión de las personas y lo que en ellos va apareciendo, de forma descriptiva frente a los datos en situaciones determinadas que ayudan a entender los sucesos o fenómenos. Hace referencia al concepto de *holismo*<sup>41</sup> al mencionar la forma en que se deben mediar los puntos de vista de las diferentes personas.

A modo de acotación, Watson explica que la enfermera es la responsable frente al ofrecimiento de las condiciones que requiere la persona atendida para resolver sus propios conflictos.

El cuidado humanizado es una forma de ver el *ser* de enfermería, otorgándole créditos al *ser* tanto como al *hacer* y *deber ser*. Los contextos históricos influyen en la forma que tienen los pensadores de concebir los tópicos propios de sus áreas. Para Jean Watson en enfermería, la premisa inicial se basa en la pérdida de las cualidades humanas en la entrega del cuidado, la sistematización en aumento, el auge de lo biomédico y la disminución de la emocionalidad, específicamente del cuidado amoroso que puede entregar un profesional a la persona atendida.

### 2.2.5.3 Teoría de la Enfermería como cuidado: Boykin y Schoenhofer

Anne Boykin y Savina Schoenhofer desarrollaron la teoría de la enfermería como cuidado con el fin de conceptualizar el objetivo de la enfermería como disciplina y profesión. El cuidado fue aceptado como un objetivo más que como un medio, y la enfermería como una intención de cuidar más que meramente un instrumento, además agregan que el objetivo de la enfermería es nutrir a las personas que viven en cuidado y que crecen en los cuidados.<sup>1</sup> Una de las bases que rigió la conformación de esta teoría, son las creencias fundamentales sobre lo que significa ser humano. A partir de ello presentan seis supuestos principales, éstos expresan un conjunto de valores que entregan la base para el entendimiento y la explicación de lo que significa la enfermería.<sup>1</sup>

El primer supuesto propone el concepto de personas como cuidado. Especifica que las personas son producto del cuidado a través de la virtud de su humanidad, estableciendo de esta forma las bases ontológicas y éticas de su teoría. Para las autoras, ser una persona significa vivir, cuidar, a través de lo cual el ser y las posibilidades son capaces de ser conocidos en su plenitud. Durante la vida, toda persona crece en la capacidad de demostrar cuidado, además, todas son cuidado y para aceptar dicho enunciado no es necesario que cada acto de una persona sea cuidado, pero sí que cada persona es cuidado fundamental, potencial y realmente. Para comprender a las personas como cuidado, se requiere un conocimiento sobre uno mismo y sobre el otro ser humano como persona de cuidado. Una forma de comprender la naturaleza del ser humano de manera completa es mediante la entrada, experiencia y aprecio de la vida-mundo del otro. En cuanto a la enfermería como cuidado, para entender a la persona como cuidado lo esencial es valorar y celebrar la plenitud humana, la persona como vivencia y crecimiento de cuidados y compromiso personal activo con los otros.<sup>1</sup>

El supuesto dos plantea a las personas como un todo y una plenitud en el momento, vale decir, que es en todo momento cuidado y completa, sin insuficiencia, ni ruptura o ausencia de algo, lo que evita la segmentación en partes como mente, cuerpo y espíritu, y permite así, el verdadero encuentro con la persona.<sup>1</sup>

Las personas viven como cuidado momento a momento es el tercer supuesto, que presenta al cuidado como un proceso de la vida y se revela constantemente, esto implica ser una persona de

cuidado, vivir cuidado y nutrirse como cuidado en conjunto, permitiendo desarrollar en la conciencia el valor del cuidado y convirtiéndose así en un imperativo moral para actuar de manera que se refleje una persona de cuidado.<sup>1</sup>

El cuarto supuesto postula que la personalidad es vivir basado en el cuidado. La personalidad es un proceso de vivir, cuidar y crecer en el cuidado: es ser auténtico, demostrar congruencia entre las creencias y los comportamientos y vivir el significado de nuestras vidas. Además, la personalidad reconoce la capacidad para evidenciar las posibilidades de cuidados momento a momento, que desde la perspectiva de enfermería afirma la plenitud del ser humano y su expresión viviendo los cuidados día a día, potenciándose con la participación en las relaciones de cuidado.<sup>1</sup>

El penúltimo y quinto supuesto habla de que la personalidad se potencia a través de la participación en las relaciones de nutrición y cuidando a los otros, es decir que la personalidad como proceso, reconoce el potencial de las personas de vivir los cuidados y su capacidad de fortalecerse con la participación en las relaciones de nutrición cuidando a otros. Definen al cuidado como vivir en el contexto de las responsabilidades relacionales y las posibilidades, y reconocer la importancia de conocerse persona a persona, esto se ve permitido por el conocimiento propio, ya que si se conoce el propio ser se puede estar de verdad con los demás.<sup>1</sup>

El sexto y último supuesto de Boykin y Schoenhofer hace referencia a la enfermería, y plantea el supuesto de que la enfermería es tanto una disciplina como una profesión, esto quiere decir que los cuidados son una unidad exquisitamente entrelazada de aspectos de la disciplina y profesión de enfermería. La disciplina se considera una unidad de conocimiento necesaria para la práctica de los cuidados por medio de la profesión, quien atiende a la aplicación de éstos conocimientos en respuesta de las necesidades humanas.<sup>1</sup> Añaden que el cuidado entre la enfermera y la persona cuidada es la fuente y la base de la enfermería.<sup>1</sup>

Danza de las personas del cuidado:

Es una representación visual del cuidado vivido entre la enfermera y la persona cuidada, y expresa las relaciones que lo rodean sin escala jerárquica, por el contrario, las contribuciones de cada bailarín, incluido el que es cuidado, se ven honradas. Los bailarines entran en un círculo del cuidado donde cada uno se mueve con libertad, algunos tocan, otros bailan solos, pero todos

bailan en relación con los demás y en el círculo, lo que proporciona un objetivo de organización y funcionamiento integrado, que con sus conocimientos personales se logran integrar en la conexión de las personas durante la danza, en la que la naturaleza de relacionarse en el círculo se basa en valorar y respetar a la persona. Todo en la situación de enfermería, el círculo del cuidado, mantiene la danza, potenciándose su energía y resonando con la música del cuidado.<sup>1</sup>

Resultados de los cuidados de enfermería:

El concepto de los resultados de los cuidados, es decir, la noción de los resultados basados en la evidencia predecibles es incompatible con los valores experimentados en la enfermería de cuidados. Los resultados se conceptualizan desde valores percibidos en la relación de cuidados y no se reconocen en la documentación normativa. Boykin y Schoenhofer destacan la misión de la enfermera en lo relativo a delimitar y comunicar el valor expresado por las personas que participan en situaciones de enfermería, pero también agregan que ya se está trabajando actualmente en la identificación y aclaración de los resultados de valor añadido en los cuidados de enfermería.<sup>1</sup>

#### 2.2.6 Comportamientos de cuidado humanizado: Grupo de Cuidado Universidad Nacional de Colombia

Según el Grupo de cuidado de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, el cuidado proporcionado por la enfermera es recíproco, interactivo e integrativo. Contempla las relaciones entre personas totales con sus sentimientos, pensamientos, y expresiones. Cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada enfermo, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses, motivaciones y sus conocimientos, requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad y apoyo efectivo.<sup>5</sup>

Al hablar de comportamientos de cuidado se hace referencia a la forma de actuar que tiene el profesional de enfermería frente a la persona atendida y su esfera, tomando en cuenta a su familia y el ambiente en el cual está inserto.

Según el artículo “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country” a través de la percepción de los comportamientos de cuidado, la persona

atendida y el profesional de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción en el cuidado. Se sabe que la percepción es subjetiva, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción cuidador-ser cuidado para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía.<sup>5</sup>

Estos comportamientos dignifican la atención a través de gestos y acciones guiadas por el amor, que humanizan el cuidado con, para y desde las personas cuidadas y cuidadoras.

Luego de una profunda reflexión las autores del instrumento PCHE, manifiestan que las acciones realizadas al momento de cuidar son las que hablan, porque ellas están vitalizadas por la reflexión, por la intencionalidad, por el querer estar ahí presentes para el otro. Por ello es que tratan de sustraerse de hablar de comportamientos, porque nombrar el cuidado desde un comportamiento es mecanizarlo, es hablar de algo de afuera que sólo se ve, y que no se alcanza a sentir y presenciar la fuerza reflexiva y significativa de la acción, la vitalidad de una acción de cuidado sentida, pensada y significativa.

Los comportamientos son en sí, una terminología que no logra abarcar en profundidad las dimensiones del cuidado.

## 2.2.7 Percepción

### 2.2.7.1 Percepción desde la Fenomenología

Muchos filósofos racionalistas y empiristas, como Descartes, Parménides, Berkeley niegan que las cosas materiales existan y que la percepción de las cosas físicas pueda ser real, Descartes plantea: Mi percepción no es una visión, ni un tacto o una imaginación y no ha sido nunca aunque así lo pareciera antes,<sup>42</sup> pero a diferencia de Descartes, un filósofo llamado G.E. Moore plantea algo distinto y alude al sentido común, diciendo que el uso “ordinario” de la palabra percibir es empleado de una forma “perfectamente correcta” y que percibir expresa una clase de cosas que ocurren constantemente en la realidad.

Además, Moore plantea que somos conscientes de la existencia de lo físico en la misma forma en que somos conscientes de nuestras sensaciones.<sup>42</sup> Con esta frase, podemos entender que gracias a la consciencia del acto de percibir, estaremos conscientes del exterior, del mundo natural.

Berkeley plantea que los sentidos no perciben nada que no perciban inmediatamente ya que no hacen inferencias,<sup>42</sup> es decir, los sentidos nos entregan una descripción de lo percibido y el pensamiento realiza las asociaciones e inferencias, como dice Parménides, lo que es pensable coincide con lo que existe.

Ahora, según Moore existen dos formas de percibir, directa e indirecta, la primera hace referencia a que los datos sensoriales son percibidos directamente y la naturaleza junto con las cosas materiales que son percibidas indirectamente. Pues todo lo que conocemos es una versión de nuestra percepción.<sup>42</sup>

#### 2.2.7.2 Percepción según Armstrong

Percepción puede ser entendida desde tres teorías filosóficas: el realismo directo, el representacionalismo y el fenomenalismo. Si queremos responder la pregunta ¿Cuál es el objeto directo o inmediato del que nos damos cuenta en la percepción? desde el realismo directo, el objeto inmediato no es otra cosa que un existente físico, que existe independientemente de que nos demos cuenta de él. Por el contrario, el representacionalismo y el fenomenalismo sostienen que el objeto inmediato es un dato sensorial, y supone generalmente que tal objeto no puede existir independientemente de que nos demos cuenta de él. Estas dos últimas teorías difieren en “qué sea un objeto físico”. El fenomenalismo sostiene que los objetos físicos no son más que construcciones a base de los objetos inmediatos de que nos damos cuenta, por lo tanto, los objetos físicos no existen independientemente de la percepción.<sup>43</sup>

Comenzaremos definiendo la percepción desde la fenomenología. Para ésta, percepción corresponde a la capacidad de un organismo para adquirir una determinada cantidad de conocimientos sobre el mundo que le rodea por medio de los órganos sensoriales (el oído, la nariz, los ojos, la lengua y la piel). Nuestros sentidos son aquellos que nos permiten conocer hechos acerca de nuestro entorno, son los medios por los cuales me entero de que “algo sucede”. Lo que la percepción nos da es una experiencia personal directa de determinados objetos o situaciones.<sup>43</sup>

### 2.2.7.3 Percepción según Maurice Merleau – Ponty

En el libro Fenomenología de la Percepción de Maurice Merleau – Ponty, hace referencia a Husserl apoyando la idea de que la fenomenología se trata de describir y no explicar o analizar. Y con respecto a la percepción dice: Todo lo que sé del mundo, aun científicamente, lo sé a partir de una perspectiva mía o de una experiencia del mundo sin la cual los símbolos de la ciencia no querrían decir nada.<sup>44</sup>

La postura de Merleau – Ponty, destaca que la percepción es el fondo sobre el que todos los actos se destacan y está presupuesta por ellos, y escribe: Si la realidad de mi percepción no estuviera fundada sino en la coherencia intrínseca de “las representaciones” tendría que ser siempre vacilante.<sup>44</sup>

No hay pues que preguntarse si percibimos verdaderamente un mundo, sino decir por el contrario: El mundo es aquello que percibimos.<sup>44</sup> Con esto apoya la idea de Moore planteada anteriormente y como ejemplo menciona: todas las explicaciones económicas y psicológicas de una doctrina son verdaderas, puesto que el pensador no piensa jamás sino a partir de lo que es.

Esto extrapolado a nuestro tema podría hacer referencia a que todas las percepciones de las acciones del cuidado humanizado o deshumanizado que entregue la persona atendida hacia nosotros, estarán reflejando la realidad del cuidado de enfermería en los centros de salud en los que investigaremos.

### 2.2.7.4 Percepción de cuidado de enfermería según Grupo de cuidado de Universidad Nacional de Colombia

Según el “Grupo de cuidado de la universidad nacional de Colombia”, citado en la investigación “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en la Clínica del Country”, la percepción se describe como un proceso mental del ser humano que le permite organizar en el interior de sí mismo, todo lo que obtiene del exterior, con el fin de obtener conciencia de lo que lo rodea.<sup>5</sup> Esta percepción se da acorde a los criterios, valores, vivencias, experiencias, conocimientos y expectativas del ser que ejerce el acto de percibir.<sup>45</sup>

Los elementos y las características del ser cuidado y del cuidar a otro, con relación al entorno externo en que se da el momento de cuidado, depende de las actitudes y habilidades de la enfermera, que son apreciadas por la persona atendida en forma subjetiva y personal.<sup>45</sup>

Tomando en cuenta esta definición, en la relación enfermera-persona atendida, esta percepción del cuidado de enfermería hace referencia a la impresión que subyace de esta interrelación en el momento de cuidar al otro, y cómo se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y la enfermera.<sup>5</sup>

#### 2.2.7.5 Estudios a nivel Latinoamericano

Respecto a la percepción de las personas en relación al cuidado de enfermería, a nivel latinoamericano, existen estudios como la investigación Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander, cuya autora es Luz Marina Bautista y que tuvo como objetivo describir la forma en que algunos de los usuarios hospitalizados en el servicio de especialidades médicas de la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander, ubicada en San José de Cúcuta, Colombia<sup>4</sup>, percibieron la calidad del cuidado del personal de enfermería durante el segundo semestre de 2004. En él participaron 202 usuarios del servicio de especialidades médicas.

Este estudio fue de tipo cuantitativo descriptivo transversal y utilizó el instrumento *Caring Assessment Questionnaire (Care-Q)* de Patricia Larson, validado en otras investigaciones con los mismos propósitos, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.90. El instrumento se encuentra constituido por cincuenta preguntas divididas en las siguientes subescalas: Accesible, explica y facilita (6 preguntas), Confort (9 preguntas), Se anticipa (5 preguntas), Mantiene relación de confianza (16 preguntas), Monitorea y hace seguimiento (8 preguntas). Éstas dan lugar a las variables que permiten conocer lo que el usuario percibe y expresa, determinando cuáles son los aspectos que considera relevantes en la interacción personal que se establece con el profesional, conociendo las acciones de enfermería realizadas por éste último y percibidas por la persona como significativas o importantes.<sup>4</sup>

Como resultados se obtuvo que los comportamientos más importantes percibidos por los usuarios están relacionados con habilidades del personal como: administrar al paciente los tratamientos y las medicinas oportunamente, saber aplicar inyecciones, manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos. Los comportamientos menos importantes son: preguntar al paciente cómo prefiere que lo llamen, sentarse con éste, ser jovial,

ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios de su estado de salud.<sup>4</sup>

Este estudio concluyó que la percepción de los usuarios permite evaluar la calidad de los cuidados ofrecidos en los servicios de salud para ser más competitivos y satisfacer las necesidades y expectativas de cuidado del paciente en el servicio de clínicas médicas.<sup>4</sup>

Otra investigación, llamada “Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia”, fue realizada por Elizabeth Romero-Massa, Inelda Contreras-Méndez, Yanileth Pérez-Pájaro, Anny Moncada y Verónica Jiménez-Zamora, durante el año 2012 en una institución de salud pública de Colombia.<sup>46</sup>

Este estudio consideró la participación de 132 personas hospitalizadas, siendo de tipo descriptivo transversal, el cual utilizó una encuesta sociodemográfica y el instrumento PCHE en su primera versión.<sup>46</sup>

En lo relativo a resultados concluyentes se observa una percepción global del cuidado humanizado de 55.4% Siempre, 35% Casi siempre, 7.9% Algunas veces y 1.7% Nunca. Dentro de las categorías las mejores evaluadas consideran priorizar al ser de cuidado con el 58.8%, dar apoyo emocional con 57,5% y disponibilidad para la atención con 56,2%.<sup>46</sup>

El estudio planteó el objetivo de determinar la percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados, gracias a esto pudieron concluir que los pacientes experimentaron excelente y buena percepción del cuidado humanizado brindado por enfermeras.<sup>46</sup>

Espinoza realizó una investigación en Perú, en Octubre de 2010 en EsSalud Huacho, con el objetivo de describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes atendidos por el profesional de enfermería. Sus resultados muestran que todas las categorías que siguen a continuación algunas veces son percibidas: apoyo emocional con un 47,7%, apoyo físico con un 35,4%, un 32,2% de cualidades de enfermería, un 30,8% de proactividad, un 52,3% de empatía y un 55,4% de disponibilidad en el cuidado. Priorizar al ser cuidado nunca fue percibido con un 36,9%. Dentro de las conclusiones de este estudio describe que existe una baja percepción de las personas hospitalizadas sobre el cuidado humanizado que entrega el profesional de enfermería, lo que evidencia una atención de baja calidad.<sup>47</sup>

Camargo en su investigación “Comportamientos de cuidados del anciano y los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional. Provincia de Coclé, Panamá”<sup>48</sup> tiene

como objetivo general comparar las percepciones de comportamientos de cuidado de enfermería de los ancianos que asisten a consultas de enfermería en el nivel de atención primaria, con la percepción de los profesionales de enfermería que imparten dicha consulta, con el fin de promover líneas de trabajo, teniendo como base las perspectivas del sujeto de cuidado. Para ello se utilizó una metodología de tipo descriptivo con abordaje cuantitativo. Se evaluaron percepciones de 74 ancianos que asistieron a atención en APS, y se evaluaron las percepciones de 54 profesionales de enfermería encargados de la atención en las 18 instalaciones de salud de la red primaria. El instrumento utilizado fue el Inventario de Comportamientos de Wolf, el que mide comportamientos y actitudes del cuidado.<sup>48</sup>

Los hallazgos arrojados por la investigación definen que la percepción de los comportamientos de cuidado desde la visión de la persona atendida es medianamente favorable en áreas como Asistencia segura, Interacción positiva, Preparación y habilidad y Consideración de la experiencia del otro; en cuanto a la dimensión Deferencia respetuosa, fue percibida favorablemente. Por otro lado la enfermera considera favorablemente percibidas todas las dimensiones antes mencionadas, lo que representa un desafío y entrega un amplio campo de oportunidades que le lleva a ganar autonomía e identidad.<sup>48</sup>

Finalmente la discusión generada por este estudio permite plantear recomendaciones que son extrapolables a la mayoría de las realidades, ya que designa una constante replica para conocer la percepción de los cuidados por parte de los pacientes, en este caso, los ancianos; de esta forma se sabrá cuáles son las líneas de trabajo que se deben generar para cambiar estas percepciones y a la vez mejorar la calidad de los cuidados entregados por la enfermera.<sup>48</sup>

### 2.3 Definición y operacionalización de variables

Variable principal	Sub Variables	Indicadores (Variables Operacionalizadas)
Comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería	<p>1. Apoyo Emocional</p> <p>Esta categoría comprenden acciones de cuidado de enfermería que trascienden al contacto físico. Hace referencia a la presencia intencional de la/el enfermera/o por admirar, escuchar y reaccionar ante la singularidad de cada ser humano generando relaciones intersubjetivas inspirada en valores como la confianza y el amor. Esta presencia de la/el enfermera/o es un sentir con/en el otro, es un «estar ahí», es una disponibilidad y preocupación inefable por la otra persona.<sup>49</sup></p>	<p>6. Cuando se dirigen a usted se siente cuidado/a</p> <p>7. La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo/a</p> <p>8. El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza</p> <p>21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento</p> <p>25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo</p> <p>26. Su cuidado es cálido y delicado</p>
	<p>2. Apoyo Físico</p> <p>Esta categoría comprende acciones de cuidado de enfermería relacionadas con el contacto físico, inspiradas en un tacto delicado y sutil que logra preservar la dignidad del otro.</p>	<p>3. Muestran interés por brindarle comodidad física</p> <p>4. Cuando le hablan no lo miran a los ojos</p> <p>18. Atienden sus necesidades</p>

	<p>Manifestada en acciones de cuidado sencillas y significativas como el mirar, tomar de la mano, cubrir las necesidades físicas, ayudar a manejar del dolor y la comodidad física de la persona cuidada.<sup>49</sup></p>	<p>básicas (baño, eliminación y alimentación) oportunamente</p> <p>27. Le ayudan a manejar su dolor físico</p>
	<p>3. Empatía</p> <p>Esta categoría comprende acciones de cuidado de enfermería con carácter dialéctico que permiten a la/el enfermera/o comprenderse a sí misma/o y a el otro en la experiencia vivida en el cuidado de enfermería. Sus principales elementos son la escucha activa, el dialogo, la presencia, la comprensión, el ponerse en el lugar del Otro y el apoyo durante la expresión de sentimientos. Establecer una relación de cercanía y de respeto por el otro como sujeto único y, de igual manera que en el apoyo emocional, es un sentirse cuidado en la totalidad del ser.<sup>49</sup></p>	<p>9. Facilitan el diálogo</p> <p>12. El personal de enfermería no informa su nombre antes de realizarle los cuidados</p> <p>15. El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados</p> <p>24. Le escuchan atentamente</p>
	<p>4. Cualidades del hacer de Enfermería</p> <p>Esta categoría refleja las cualidades y valores que caracterizan la práctica de enfermería, como son: la disponibilidad para el otro, el trato</p>	<p>2. Son amables en el trato</p> <p>5. Toman tiempo para aclararle las inquietudes</p> <p>10. Olvidan explicarle</p>

	<p>cordial, la identificación de las necesidades de cuidado, la explicación anticipada de los cuidados, la educación oportuna y suficiente para el promover y potenciar el autocuidado, la abogacía, la responsabilidad y el compromiso. Acciones de cuidado implícitas en una práctica de enfermería experta, reflexiva y crítica.<sup>49</sup></p>	<p>anticipadamente los procedimientos</p> <p>14. Dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna</p> <p>22. Responden con lentitud al llamado</p> <p>23. Identifican sus necesidades de tipo: físico, psicológico y espiritual</p> <p>28. Su cuidado es responsable</p> <p>32. Le administran el tratamiento prescrito a tiempo</p>
	<p>5. Proactividad</p> <p>Esta categoría comprende acciones de la/el enfermera/o con una alta abogacía y disponibilidad hacia el otro para darle la información oportuna, clara y suficiente a la persona cuidada y a su familia acerca de su estado de salud para puedan tomar decisiones sobre el cuidado de sí, a responder preguntas en un lenguaje comprensible, a explicarle los procedimientos, a dar</p>	<p>11. Responden a sus preguntas con seguridad</p> <p>13. Le dedican el tiempo necesario</p> <p>19. Le proporcionan información oportuna y suficiente para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud</p> <p>20. El personal de enfermería</p>

	<p>orientaciones preventivas y promotoras del cuidado de la salud y a hacerlo más participe en su proceso de recuperación.<sup>49</sup></p>	<p>está pendiente de usted</p> <p>30. Le animan para que las (os) llame en caso de que necesite algo</p>
	<p>6. Priorizar al ser cuidado</p> <p>Esta categoría trae implícitamente la valorización del ser cuidado como sujeto único, copartícipe en la experiencia del cuidado de enfermería, donde hay un respeto por su subjetividad, es decir, un respeto a sus creencias, sus valores, su lenguaje, sus normas, sus formas de ser/estar en el mundo, sus decisiones e intimidad. Donde su calidad de persona se conserva mediante la identificación por su nombre.<sup>49</sup></p>	<p>1. Le hacen sentir como ser humano</p> <p>16. No le llaman por el nombre.</p> <p>17. Se muestran respetuosas(os), con sus creencias y valores</p> <p>29. Respetan sus decisiones</p> <p>31. No respetan su intimidad</p>

## CAPÍTULO 3

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1 Diseño de la investigación

Es un estudio cuantitativo, exploratorio, prospectivo y transversal.

#### 3.2 Población en estudio

Luego de tres talleres de estadística realizados en conjunto con docentes de la Escuela de Estadística de la Universidad de Valparaíso, se determinó que la Población y Muestra del estudio se realizarían a través de un muestreo no probabilístico, debido a la dificultad para acceder a datos estadísticos de los servicios del hospital (número de personas hospitalizadas, promedio de días de hospitalización, número de ingresos y egresos hospitalarios en un tiempo determinado), entre otros.

Por lo tanto, la Población estimada será proporcional con la del estudio realizado en Colombia, “Percepción de comportamientos de Cuidado humanizado de Enfermería en la Clínica del Country” en el cual se aplicaron 274 instrumentos en total, correspondiendo 137 instrumentos a personas hospitalizadas (autoinforme) y 137 a familiares (heteroinforme) en un período de 5 meses (Junio a Octubre) en el año 2005.

En este estudio se determinó una temporalidad de 5 semanas para la aplicación del instrumento y sólo se aplicará a personas que cumplan con los criterios de inclusión. En consecuencia, la determinación de la muestra consideraría sólo a la categoría de autoinforme del estudio Colombiano.

#### 3.3 Selección de la muestra

##### 3.3.1 Criterios de inclusión y exclusión

Formarán parte del estudio las personas que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

#### 3.3.1.1 Criterios de inclusión

- Estar hospitalizado/a en el hospital Carlos Van Buren
- Ser mayor de 18 años
- Estar hospitalizado/a por un tiempo mínimo de 72 horas
- Haber obtenido un puntaje en minimal abreviado  $\geq 14$  pts.
- Haber firmado el consentimiento informado
- Saber leer y escribir
- Tener una capacidad visual y auditiva que permita contestar la encuesta
- Personas con Glasgow 15
- Personas que comprendan el idioma español

#### 3.3.1.2 Criterios de exclusión

- Ser menor de 18 años
- Estar hospitalizado/a por un tiempo menor a 72 horas
- Haber obtenido un puntaje en minimal abreviado  $< 14$  pts. o el ítem 6 alterado
- No haber firmado el consentimiento informado
- No saber leer y ni escribir
- Tener una capacidad visual y auditiva disminuida que no permita contestar la encuesta
- Personas con Glasgow  $< 15$
- Personas que no comprendan el idioma español

#### 3.3.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se obtendrá al finalizar el período de aplicación del instrumento, tomando en cuenta que el tamaño mínimo muestral es de 137 personas.

#### 3.4 Descripción de los instrumentos

##### 3.4.1 “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería”

El instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” (PCHE) Segunda versión (Anexo 1), fue elaborado y validado por Sonia Espitia, Álvaro Triana y Luz Nelly Rivera, en Bogotá, Colombia, durante el año 2010. Éste pasó por un proceso de medición de validez facial y de contenido por segunda vez el año 2011, en base a una

investigación metodológica que resultó en una reconceptualización de las Categorías del instrumento en su primera versión, manteniendo las cualidades de cada categoría definidas por Alvis & col.<sup>49</sup>

Las principales contribuciones para la elaboración y mejora del actual instrumento, tienen relación con la revisión de la operacionalización y el respaldo teórico del concepto cuidado humanizado de enfermería. Se realizó una revisión sistemática bibliográfica sobre el concepto de cuidado humanizado, los aportes investigativos que se han realizado alrededor de la temática, el estudio de las últimas transformaciones de la Teoría de Cuidado transpersonal de Jean Watson y el estudio metodológico de Reina N. y Vargas E., uniendo así los referentes teóricos del concepto de cuidado humanizado y los lineamientos de expertos. También, se decidió que el instrumento PCHE está indicado para valorar los comportamientos de Cuidado Humanizado del personal de Enfermería (incluido aquí tanto profesionales como personal auxiliar) y dirigido para personas hospitalizadas adultas que estén en condiciones para responder al Instrumento.<sup>49</sup>

En un principio, el instrumento contaba con nueve categorías donde estaban incluidas Sentimientos del paciente, Características de la/el enfermera/o y Disponibilidad para la atención, que tras la segunda revisión fueron suprimidas. Actualmente posee seis categorías, las cuales corresponden a: Apoyo Emocional, Apoyo físico, Empatía, Cualidades del hacer de la/el enfermera/o, Proactividad y Priorizar al ser cuidado. Posee 32 preguntas cerradas, cada una con cuatro opciones de respuesta en escala de Likert (Siempre, Casi siempre, Algunas veces y Nunca) y al final se expone una pregunta de tipo abierta y optativa a responder, resultando así un total de 33 ítems con un mínimo de 32 puntos y un máximo de 128 puntos por instrumento.<sup>49</sup>

La puntuación se otorga según respuesta en los niveles de percepción Nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre puntuando como 1, 2, 3 y 4 correspondientemente, exceptuando los ítems que están planteados de forma negativa (4, 10, 12, 16, 22 y 31) los cuales se califican a la inversa, de tal modo que Nunca equivale a 4 puntos y Siempre a 1 punto.<sup>49</sup>

A continuación en la tabla se presentan las categorías con los ítems que contiene en el instrumento, que surgieron tras la segunda revisión y que concluyó en el instrumento final a la fecha.

Tabla 1: Categorías e ítems, PCHE 2ª versión

<p>Dar apoyo emocional</p>	<p>6. Cuando se dirigen a usted se siente cuidado/a</p> <p>7. La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo/a</p> <p>8. El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza</p> <p>25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo</p> <p>26. Su cuidado es cálido y delicado</p> <p>21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento</p>
<p>Dar apoyo físico</p>	<p>3. Muestran interés por brindarle comodidad física</p> <p>4. Cuando le hablan no lo miran a los ojos</p> <p>18. Atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación y alimentación) oportunamente</p> <p>27. Le ayudan a manejar su dolor físico</p>
<p>Empatía</p>	<p>9. Facilitan el diálogo</p> <p>12. El personal de enfermería no informa su nombre antes de realizarle los cuidados</p> <p>15. El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados</p> <p>24. Le escuchan atentamente</p>
<p>Cualidades del hacer de la/el enfermera/o</p>	<p>2. Son amables en el trato</p>

	<p>5. Toman tiempo para aclararle las inquietudes</p> <p>10. Olvidan explicarle anticipadamente los procedimientos</p> <p>14. Dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna</p> <p>22. Responden con lentitud al llamado</p> <p>23. Identifican sus necesidades de tipo: físico, psicológico y espiritual</p> <p>28. Su cuidado es responsable</p> <p>32. Le administran el tratamiento prescrito a tiempo</p>
Proactividad	<p>11. Responden a sus preguntas con seguridad</p> <p>13. Le dedican el tiempo necesario</p> <p>19. Le proporcionan información oportuna y suficiente para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud</p> <p>20. El personal de enfermería está pendiente de usted</p> <p>30. Le animan para que las/os llame en caso de que necesite algo</p>
Priorizar al ser cuidado	<p>1. Le hacen sentir como ser humano</p> <p>16. No le llaman por el nombre</p> <p>17. Se muestran respetuosas/os, con sus creencias y valores</p> <p>29. Respetan sus decisiones</p> <p>31. Irrespetan su intimidad</p>

Para su utilización en nuestro estudio y previa autorización de los autores, se modificaron algunos detalles relacionados con el lenguaje empleado en el instrumento (Anexo 2). Los cambios se visualizan en el encabezado del instrumento, en la pregunta 12 y 31. Para esto, se solicitó asesoría de una Doctora en Lingüística, quien sugirió estas modificaciones y emitió un certificado que respalda los cambios realizados (Anexo 3).

#### 3.4.2 “Minimental State Examination”

El Minimental State Examination (MMSE) (Anexo 4) es una prueba neuropsicológica breve, que se utiliza para realizar evaluación cognitiva.<sup>50</sup> Creado por Marshall Folstein en 1975, con el objetivo de efectuar una prueba rápida para la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos. Sin embargo, estudios demuestran que la edad tiene muy baja influencia en los resultados finales,<sup>50</sup> por lo que podría utilizarse para otros grupos etarios.

Posee una sensibilidad entre 76 y 100% y una especificidad entre 78 y 100%.<sup>51</sup>

Consta de 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo como la orientación, el registro, la atención, el cálculo, la memoria y el lenguaje.<sup>52</sup>

MMSE fue validado en Chile en el año 1999, el cual fue modificado y abreviado a 6 preguntas.

Los ítems que evalúa el instrumento son:

1. La orientación temporal y espacial a través del conocimiento del mes, día del mes, año y día de la semana
2. La memoria a corto plazo a través de recordar 3 palabras
3. La atención, concentración, abstracción, comprensión, memoria e inteligencia
4. La capacidad ejecutiva, es decir, la capacidad de seguir instrucciones
5. La memoria a largo plazo
6. Evalúa la capacidad viso constructiva. Cuando esta capacidad esta alterada, la persona debe ser derivada a médico por sospecha de un estado confusional agudo.

El puntaje total está dado por 19 puntos y se considera alterado si el puntaje es menor o igual a 13 puntos.<sup>53</sup>

### 3.5 Procedimiento de recolección de datos

Se presentó el proyecto de investigación al Comité Científico del HCVB el día 23 de julio del 2013 a las 11:30 de la mañana, para la ocasión se realizó una presentación en Power Point con lo medular de la investigación y se elaboró un kit que contenía un consentimiento informado, una ficha de consentimiento informado y el instrumento PCHE 2da versión. Este Comité otorgó su autorización para el desarrollo de la investigación a través de un Informe de Aprobación (Anexo 5). Posterior a esto se realizó el envío del proyecto, esta vez al Comité de Evaluación Ético-Científico del SSVSA, para tales efectos se enviaron ocho copias del protocolo de investigación, consentimiento informado, ficha de consentimiento informado e instrumento; a esto se adicionaron el currículum del investigador principal y la declaración de conocimiento y respeto de la norma 57 sobre las Buenas Prácticas Clínicas. En una cita concertada para el 5 de septiembre del mismo año a las 15:00 horas, se aclararon ante el comité por el investigador principal y un alumno representante, las dudas surgidas a partir de los documentos entregados. Finalmente con fecha del 3 de Octubre se autorizó el proyecto y se entregó un certificado (Anexo 6) para comenzar con la aplicación del instrumento. Todo esto bajo la ley N°20.584, en la cual se describe la información necesaria con la que debe contar toda persona participante en una investigación científica y cómo dicha investigación debe ser presentada ante los comité de ética pertinentes.

A continuación se solicitó el permiso en Subdirección de Gestión del Cuidado, para aplicar el instrumento dentro de los cuatro servicios: Baja Complejidad Médica (BCM), Baja Complejidad Quirúrgica (BCQ), Mediana Complejidad Médica (MCM) y Mediana Complejidad Quirúrgica (MCQ) (Anexo 7).

Posteriormente, se acudió a los servicios correspondientes para hacer entrega del permiso que acredita la autorización para la realización del estudio y tener un primer encuentro con las/los enfermeras/os supervisores. En el período determinado, se planificaron las fechas de asistencia a los servicios mencionados por medio del establecimiento de duplas que aplicarían en cada servicio a modo de optimización del tiempo y en pro de la aplicación de la mayor cantidad de instrumentos posibles. Se seleccionaron a las personas que cumplieron con los criterios de

inclusión y exclusión, luego se les aplicó el instrumento MMSE (mini mental abreviado) y posteriormente, se les entregó el consentimiento informado (Anexo 8).

Finalmente, se aplicó el instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” (PCHE) Segunda versión, el cual dio a conocer la percepción de las personas participantes del estudio.

Cabe destacar que la aplicación de este instrumento, fue autorizada por los autores mediante un acuerdo de recepción y uso, firmado por ellos y por cada miembro de nuestro grupo, anexo en este trabajo (Anexo 9).

### 3.6 Prueba Piloto

Durante los días 23 y 24 de octubre de 2013, se realizó la aplicación de 15 instrumentos a modo de prueba piloto en el servicio de Baja Complejidad Médica, Mediana Complejidad Médica y Baja Complejidad Quirúrgica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Dichas encuestas fueron aplicadas a 15 personas hospitalizadas en la institución, quienes cumplieron con los mismos criterios de inclusión establecidos para los participantes del estudio.

A lo largo del curso de la prueba, se evidenciaron los aspectos tanto positivos como negativos, además de la vivencia en sí de lo que significó el primer contacto con los participantes desde la perspectiva de la investigación. Si bien se organizó previamente la distribución del tiempo y el orden en que serían administrados cada instrumento y consentimiento informado junto a la ficha, fue necesario ajustar esa planificación a la realidad, en consideración de los factores facilitadores y obstaculizadores, además de los contratiempos que surgieron.

Una de las primeras dificultades que se observó fue el tiempo que tomó encontrar a cada persona concordante con los criterios de inclusión y la demora total en la aplicación de cada set de instrumentos y consentimiento más ficha, la cual sobrepasó los 30 minutos en algunos casos, teniendo en cuenta que el participante adulto mayor tarda el doble si el instrumento es auto aplicado.

Además de los obstáculos relativos al tiempo, se observaron algunos que se relacionaron con la estructura de los documentos. Este fue el caso del consentimiento informado, tanto en extensión como el lenguaje en que fue redactado, éste último de acuerdo a los requerimientos de formato aceptado por el Comité de Evaluación Ético-Científico del SSVSA. Por otro lado, la ficha

anexada al consentimiento informado fue de fácil comprensión y rápida lectura, por lo que no se constituyó como un inconveniente y fue entregada al participante para que la leyera o, si prefirió otra alternativa, fue leída por el estudiante en voz alta.

Otro inconveniente fueron los cuadros correspondientes a las columnas de respuestas del instrumento PCHE segunda versión, los cuales eran pequeños y, como consecuencia, la persona respondía una pregunta marcando el cuadro que correspondía a otra o dejaba algunas sin respuesta.

Se analizaron las problemáticas surgidas y se decidió elegir encargados de servicio, es decir, una o dos personas que tendrían como prioridad un servicio en el cual aplicar para así conocer al personal y reducir los tiempos de presentación. Todo lo anterior sin exclusión de aplicar en otros servicios. En segundo lugar, se acordó que la aplicación sería autoadministrada principalmente, evaluando las características de cada persona en caso que fuera posible, de lo contrario sería de aplicación heteroadministrada por los estudiantes. Respecto al consentimiento informado, éste sería explicado detalladamente, permitiendo a los participantes leerlo en el momento en cuanto lo manifestaran así, añadiendo la posterior entrega para su lectura, disminuyendo el tiempo que demandó en un principio.

Se determinó prudente imprimir una base de datos de cada servicio que indicara el nombre de la persona, sexo, edad, cama y sala, días de hospitalización y categorización con el objetivo de prevenir que se repitieran los participantes, ya que los estudiantes que aplicarían en el servicio irían rotando, incluyendo al o los encargado/s. Finalmente y respecto a la rotación de los asistentes a aplicar, se acordaron dos días de aplicación obligatoria, lunes y jueves, excusando la inasistencia por motivos académicos o de fuerza mayor con previo aviso.

### 3.7 Procesamiento y análisis de los datos

Para el análisis estadístico se utilizó el software STATA 12 SPECIAL EDITION, en el cual se realizó una revisión de la base de datos generada en Excel y luego una administración de éstos. Se elaboraron las tablas de cada dimensión y de cada pregunta, para luego finalizar con los gráficos realizados en Microsoft Excel 2010.

### 3.8 Consideraciones éticas

Esta investigación se enmarca dentro de los principios establecidos en la Declaración de Helsinki además de las Normas de la “Buena Práctica Clínica” (GCP) establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO), certificado por el Comité de Evaluación Ético-Científico del SSVSA. (Anexo 6)

Se solicitaron los permisos administrativos correspondientes a la institución.

- Se presentó el proyecto de investigación al comité ético científico del Hospital Carlos Van Buren
- Se envió la solicitud de aprobación para la ejecución del proyecto de investigación al comité de ética del SSVSA

Respecto a los participantes, se cuenta con consentimiento informado y ficha de consentimiento. Se estableció que si durante la aplicación, algún participante presentara algún tipo de malestar emocional o psicológico a consecuencia del estudio y que requiriera asistencia profesional indicada por el médico tratante, se ofrecería ayuda mediante psicoterapia otorgada por Centro de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso (CAPSI). (Anexo 10)

## CAPÍTULO 4

### RESULTADOS

#### 4.1 Caracterización de la muestra

El instrumento fue aplicado a 138 personas, de las cuales 58 son mujeres, lo que equivale al 42.03 % y 80 son hombres, lo que corresponde al 57.95 % (Tabla 2). Las 138 personas encuestadas generaron un promedio de  $57.83 \pm 15.57$  años de edad.

El grupo etario con mayor porcentaje de encuestas aplicadas fue el de 65 a 74 años con un 28.3% (n= 39), mientras que el con menor porcentaje fue el de 25 a 34 años con un 2.2% (n= 3) (Gráfico 1 y 2).

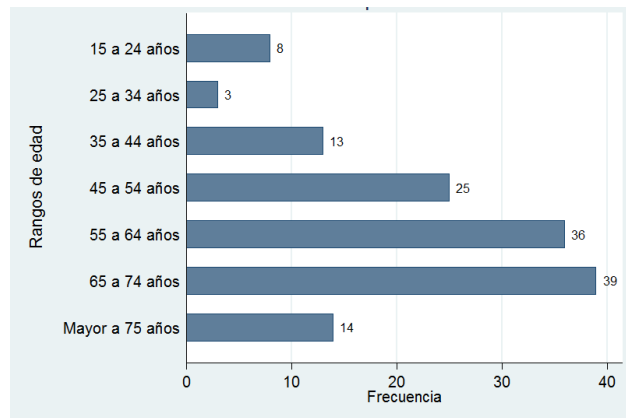
Las 58 mujeres participantes obtuvieron un promedio de  $58.60 \pm 15.66$  años de edad, resultando como edad mínima 19 años y como edad máxima 89 años.

En tanto los 80 hombres encuestados tuvieron un promedio de  $57.275 \pm 15.588$  años de edad y en donde la edad mínima fue de 19 años y 85 años fue la edad máxima.

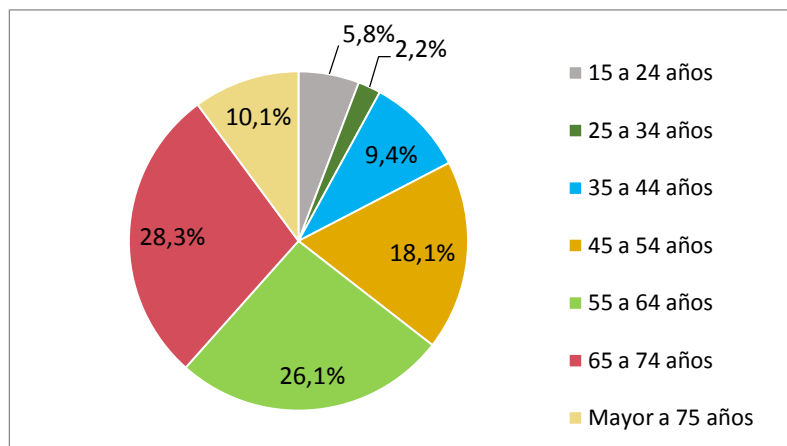
**Tabla 2: Distribución de frecuencia y porcentaje según sexo**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Femenino	58	42.03	42.03
Masculino	60	57.97	100

**Gráfico 1: Clasificación por frecuencia de grupos etarios de las personas hospitalizadas**



**Gráfico 2: Clasificación porcentual de grupos etarios de las personas hospitalizadas**



El promedio de hospitalización fue de 7.25 días, siendo el menor tiempo 3 días y el mayor, 31 días. Este promedio corresponde al tiempo de estadía en los servicios antes mencionados.

Los servicios de Baja Complejidad Médica y Mediana Complejidad Quirúrgica fueron los que aportaron con la mayor cantidad de personas encuestadas con un porcentaje de 34.78% en ambos casos. En los servicios de Baja Complejidad Quirúrgica y Mediana Complejidad Médica, se aplicaron el menor número de instrumentos con un 10.87% y 19.57%, respectivamente (Tabla 3). Esto último debido a las características propias del servicio como las patologías oftalmológicas y el bajo tiempo de estadía en BCQ y el corto horario de aplicación en MCM.

**Tabla 3: Distribución de frecuencia y porcentaje de los servicios encuestados**

Servicio	Frecuencia	%
Baja Complejidad Médica	48	34.78
Baja Complejidad Quirúrgica	15	10.87
Mediana Complejidad Médica	27	19.57
Mediana Complejidad Quirúrgica	48	34.78
Total	138	100

En los resultados de las encuestas aplicadas, se obtuvieron las causas de hospitalización de las personas en los cuatro servicios (Tabla 4), dentro de las cuales predominan las afecciones Traumatológicas con un 19.56% (n=27), le siguen las afecciones del Tracto urinario con un 15.22% (n=21), las afecciones Neurológicas con un 10.87% (n=15), las afecciones Cardiovasculares con un 10.14% (n=14) y las afecciones Respiratorias con un 7.25% (n=10).

**Tabla 4: Distribución de frecuencia y porcentaje según motivo de hospitalización en los servicios BCM, MCM, BCQ y MCQ en HCVB Octubre-Noviembre de 2013**

Motivo de Hospitalización	Frecuencia	%
Afección Respiratoria	10	7.25
Afección Cardiovascular	14	10.14
Afección Gastrointestinal	4	2.898
Afección Neurológica	15	10.87
Afección Tracto urinario	21	15.22
Afección de Tejidos blandos	4	2.898
Afección Metabólica	3	2.17
Afección Autoinmune	6	4.35
Afección Prostática	6	4.35
Afección Traumatológica	27	19.565
Afección Oftalmológica	2	1.45
Tumor, Cáncer	5	3.62
Afección Hematológica	8	5.797
Otras	13	9.42
Total	138	100

#### 4.1.1 Promedio de personas por enfermera/o

El servicio de Baja Complejidad Médica cuenta con 64 camas, el promedio de personas atendidas por enfermera/o es de 16 hasta las 17:00 horas, después el promedio de personas aumenta a 32 por enfermera/o hasta las 20:00 horas. Durante la noche es una enfermera/o para las 64 personas. El servicio de Baja Complejidad Quirúrgica se separa en dos áreas, oftalmología y otorrinolaringología. En el área oftalmológica existen 12 camas a cargo de una/un enfermera/o,

en tanto en el área de otorrinolaringología hay 19 camas a cargo de una/un enfermera/o. Durante la noche existe una/un enfermera/o de ronda perteneciente a otro servicio del Hospital.

El servicio de Mediana Complejidad Médica cuenta con 52 camas, en relación a esto el promedio de personas atendidas por enfermera/o es de 12 a 13 hasta las 17:00 horas. Luego de esto es de 24 a 25 personas por enfermera/o y durante la noche es una enfermera para todo el servicio.

El servicio de Mediana Complejidad Quirúrgica cuenta con 79 camas, de las cuales 41 de ellas se encuentran en el ala de hombres y 38 en el ala de mujeres, con 4 profesionales enfermeras/os más una/un enfermera/o en cuarto turno para todo el servicio. En promedio existen 19 personas a cargo por profesional. Después de las 17:00 horas se reduce a un profesional hasta las 8:00 horas.

## 4.2 Análisis descriptivo

### 4.2.1 Percepción Global

El promedio del puntaje total fue obtenido en consideración de las 138 personas participantes en el estudio, lo que determinó un promedio de  $115.09 \pm 14.19$ , indicando que Siempre se percibió el cuidado humanizado.

De esta forma, el 84.06% Siempre percibió el cuidado humanizado, el 11.59% Casi siempre lo percibió, el 4.35% Algunas veces nunca lo percibió y el 0.0% Nunca lo percibió.

Para determinar las categorías más percibidas se tomó en cuenta el resultado porcentual de los niveles de percepción Siempre y Casi siempre (Tabla 5), es así como las categorías mayor percibidas son Cualidades del hacer de la enfermera, Priorizar al ser cuidado y Apoyo físico. En tanto las categorías menos percibidas fueron determinadas a partir del resultado porcentual de los niveles de percepción Nunca y Algunas veces (Tabla 6), destacando las categorías menos percibidas Empatía, Proactividad y Apoyo emocional.

Tabla 5: Distribución porcentual de niveles de percepción (Siempre-Casi siempre) por categoría

Categoría	% Siempre	% Casi siempre	$\Sigma$ (% Siempre- %Casi siempre)
Cualidades del hacer de la enfermera	74.64	21.01	95.65
Priorizar al ser cuidado	81.16	13.77	94.93
Apoyo físico	75.36	18.84	94.20
Apoyo emocional	84.78	7.97	92.75
Proactividad	76.09	14.49	90.58
Empatía	65.22	25.36	90.58

Tabla 6: Distribución porcentual de niveles de percepción (Nunca-Algunas veces) por categoría

Categoría	% Nunca	% Algunas veces	$\Sigma$ (% Nunca- %Algunas veces)
Empatía	1.45	7.97	9.42
Proactividad	1.45	7.97	9.42
Apoyo emocional	1.45	5.80	7.25
Apoyo físico	1.45	4.35	5.80
Priorizar al ser cuidado	0.0	5.07	5.07
Cualidades del hacer de la enfermera	0.72	3.62	4.34

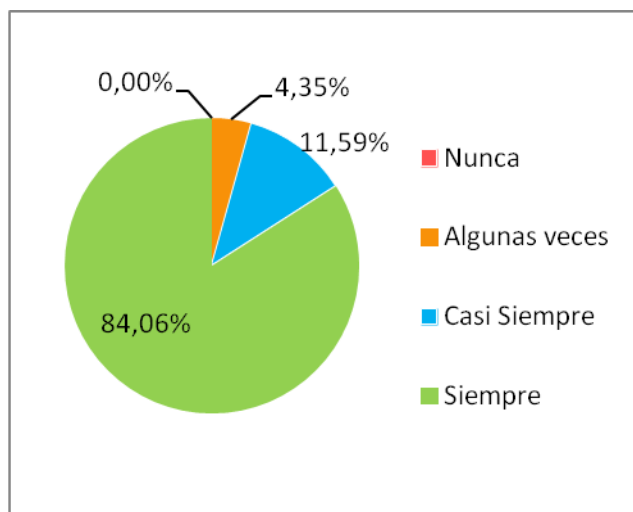
El mayor puntaje fue de 128 puntos, obtenidos por un hombre y una mujer, lo que equivale a que Siempre se percibió el cuidado humanizado.

El menor puntaje fue de 60 puntos, correspondiente a un hombre, es decir, Algunas veces se percibió el cuidado humanizado.

En promedio, las mujeres obtuvieron un puntaje de  $118.05 \pm 11.596$  puntos, vale decir que Siempre percibieron el cuidado humanizado.

El promedio del puntaje obtenido por los hombres arrojó la cifra de  $112.95 \pm 15.539$ , lo cual indica que Siempre percibieron el cuidado humanizado.

**Gráfico 2: Nivel de percepción global de los comportamientos del cuidado humanizado**



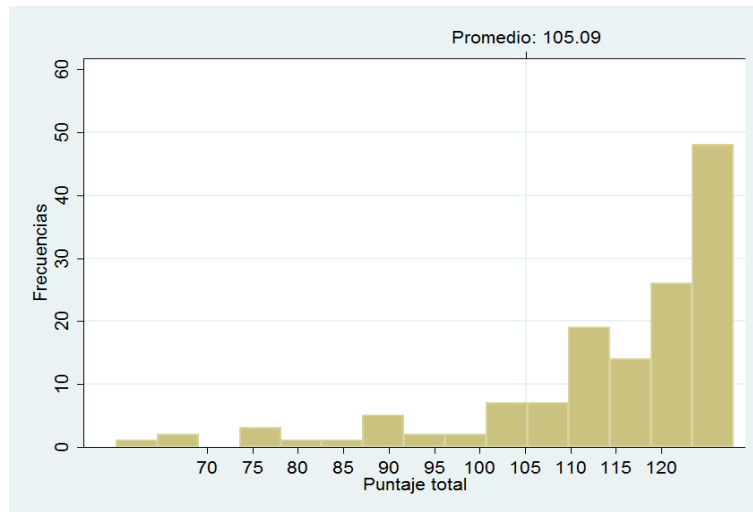
En cuanto a la percepción global de los participantes, a continuación se realiza un análisis descriptivo de los puntajes totales obtenidos por los encuestados.

Tabla 7: Percentiles sobre el puntaje total obtenido por los encuestados

Percentiles	10%	25%	50%	75%	90%
Puntajes	92	110	120	125	128

El 50% de los encuestados alcanzó un puntaje menor o igual a 120 puntos. El 90% de los encuestados tuvo un puntaje menor o igual a 128 puntos.

**Gráfico 3: Histograma de los puntajes totales de las personas participantes**



#### 4.2.2 Percepción por Categoría

En el análisis de las preguntas de cada categoría, se utilizó el mismo criterio de sumatoria “Siempre y Casi siempre” para determinar la preguntas más percibidas, mientras que las menos percibidas mediante la sumatoria “Nunca y Algunas veces”. En el caso de los enunciados en negativo, correspondientes a las preguntas 4, 10, 12, 16, 22 y 31, se consideraron las más percibidas la sumatoria “Nunca y Algunas veces” y las menos percibidas la sumatoria “Siempre y Casi siempre”.

Los enunciados en negativo hacen referencia a comportamientos que no corresponden al concepto de cuidado humanizado, por ejemplo la aseveración “Olvidan explicarle anticipadamente los procedimientos”. En relación a lo anterior, responder en los niveles de percepción Nunca y Algunas veces, evidenciaría un comportamiento humanizado por parte de la/el Enfermera/o.

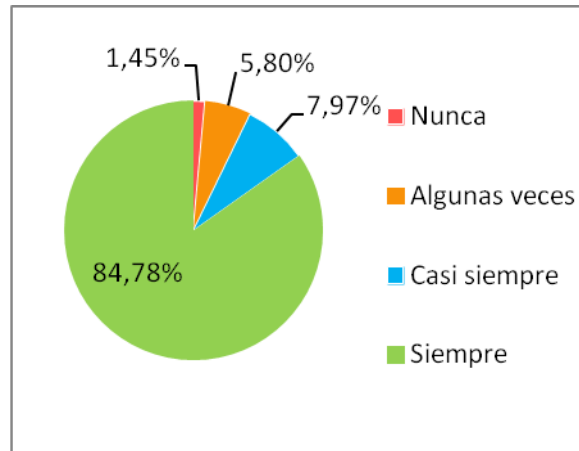
##### 4.2.2.1 Apoyo Emocional

Se define como el apoyo que percibe la persona mediante el trato cordial, amistoso y cálido desde el profesional de enfermería que brinda comodidad y confianza, generando sentimientos de bienestar para el paciente.<sup>40</sup>

En el estudio se observan 6 preguntas (6, 7, 8, 25, 26 y 21) que evalúan esta categoría, indagando en la percepción respecto a si la persona se siente cuidada cuando se dirigen a ella, la tranquilidad que genera la presencia del personal de enfermería, el ambiente de confianza a partir del cuidado de enfermería, la preocupación sobre el estado de ánimo de la persona, la delicadeza y calidez del cuidado y la expresión de sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.

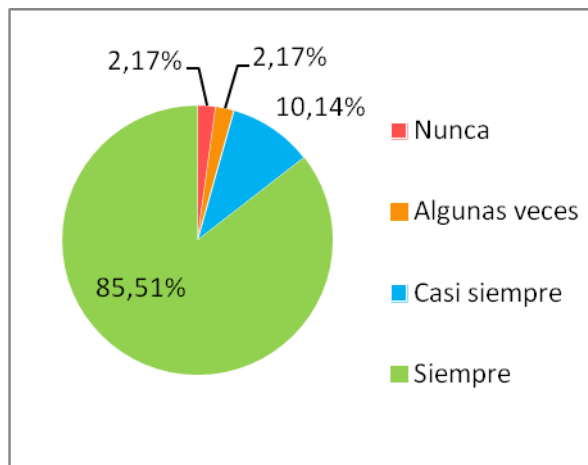
Según los resultados arrojados por los 138 instrumentos aplicados, en cuanto a esta categoría se halló que el 84.78% (n=117) Siempre percibió el Apoyo emocional, mientras que el 7.97% (n=11) Casi siempre, en tanto que el 5.80% (n=8) Algunas veces y, finalmente, el 1.45% (n=2) Nunca percibió esta categoría en el quehacer enfermero.

**Gráfico 4: Percepción de la categoría Apoyo Emocional**



La pregunta con la mayor percepción en esta categoría fue la número 7, correspondiente a “La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo” con un 95.65% de percepción (n=132).

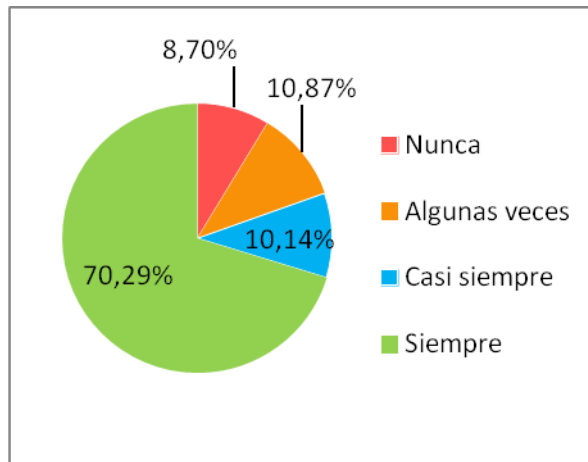
**Gráfico 5: Pregunta n° 7**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 11

La pregunta que obtuvo el menor grado de percepción en esta categoría fue la número 21: “Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento”, que arrojó un 19.57% de percepción (n=27).

**Gráfico 6: Pregunta n° 21**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 12

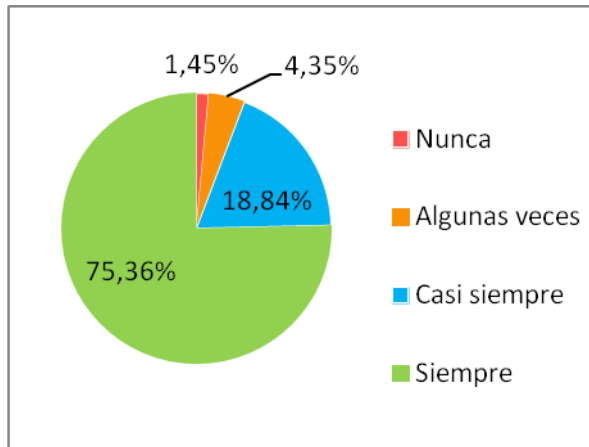
#### 4.2.2.2 Apoyo Físico

Entendido como los cuidados proporcionados por el profesional enfermera/o con el fin de brindar comodidad, protección, respeto a la intimidad, acogiendo a la persona receptora de los cuidados y haciéndola sentir como una persona única y valorando todos los aspectos del ser humano: físico, psíquico, social, emocional y del entorno, favoreciendo así, su bienestar.<sup>40</sup>

Las preguntas que se incluyen en esta categoría corresponden a los ítems n° 3, 4, 18, y 27 del instrumento, las cuales identifican comportamientos como mostrar interés por dar comodidad física, establecer contacto visual al hablar, satisfacer las necesidades básicas y ayudar a manejar el dolor físico.

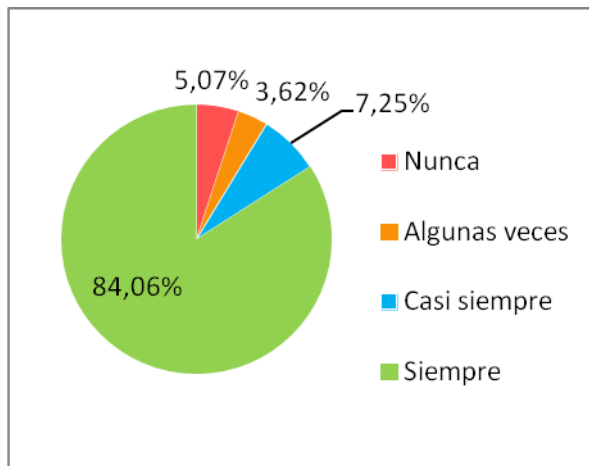
El 75.36% (n=104) de las personas Siempre percibieron estos comportamientos, un 18.84% (n=26) Casi siempre, un 4.35% (n=6) Algunas veces percibieron esta característica mientras que un 1.45% (n=2) del total Nunca percibió un apoyo físico en su hospitalización.

**Gráfico 7: Percepción de la categoría Apoyo físico**



La pregunta mayor percibida corresponde al ítem n°18: “Atienden sus necesidades básicas”. En este caso, con un 91.31% de percepción (n=126).

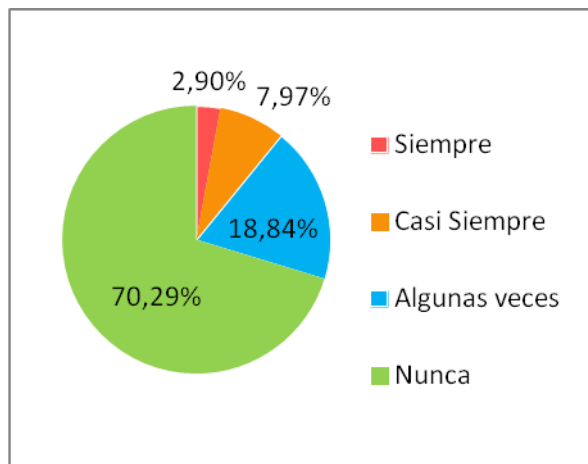
**Gráfico 8: Pregunta n° 18**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 13

Por otro lado, la pregunta menor percibida en esta categoría corresponde a la número 4: “Cuando le hablan no lo miran a los ojos”, obteniendo un 10.87% (n=15).

**Gráfico 9: Pregunta n° 4**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 14

#### 4.2.2.3 Empatía

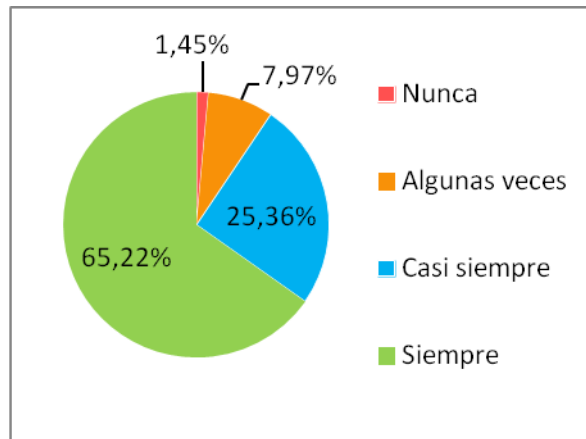
Dentro del rol de enfermería, se refiere a las actitudes que le permiten saber lo que sucede con la persona atendida, lo que está sintiendo o manifestando, a través de la calidez del lenguaje tanto verbal como paraverbal.<sup>40</sup> Es también, una herramienta comunicativa, ya que favorece la comunicación y cercanía en la relación terapéutica; gracias a ella, el profesional logra conectarse con lo que siente y advierte la persona atendida.<sup>53</sup>

Según Watson, la Empatía es la capacidad de experimentar y comprender las percepciones y sentimientos de otra persona y la capacidad que ésta tiene para comunicarlos.<sup>36</sup>

Dentro del estudio esta categoría se encuentra evaluada en cuatro preguntas (9, 12, 15 y 24) las cuales hacen referencia a: Facilitar el diálogo, informar su nombre, emplear un tono de voz sereno y escuchar atentamente. Se encontró dentro de esta categoría que un 65.22% (n=90) de las personas Siempre percibió esta característica, un 25.36% (n=35) Casi siempre, un 7.97 % (n= 11)

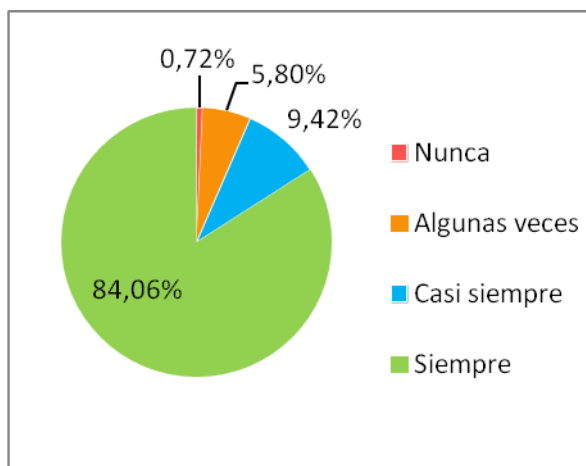
Algunas veces y un 1.45% (n=2) Nunca percibieron esta característica por parte del personal del hospital.

**Gráfico 10: Percepción de la categoría Empatía**



La pregunta mayor percibida fue la número 15: “El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados”. En este caso se obtiene un 93.48% (n=129)

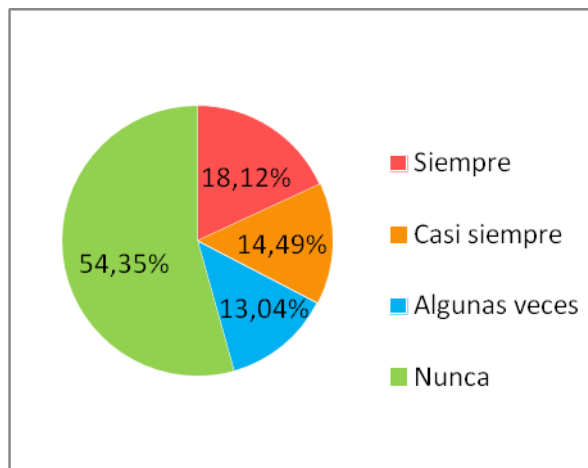
**Gráfico 11: Pregunta n°15**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 15

La pregunta con menor percepción fue la número 12: “El personal de enfermería no informa de su nombre antes de realizarle los cuidados”. De acuerdo a un 32.61% (n=45).

**Gráfico 12: Pregunta n°12**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 16

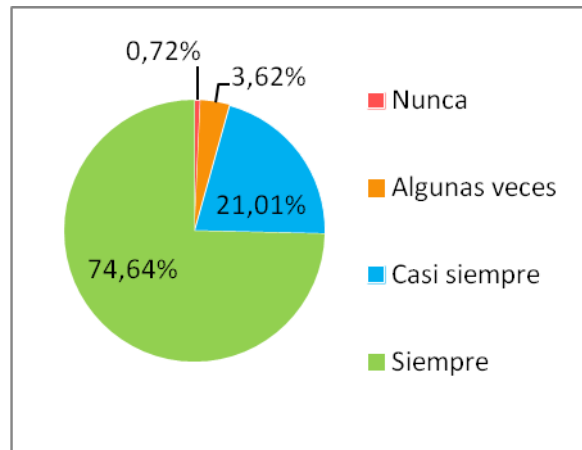
#### 4.2.2.4 Cualidades del hacer de la Enfermera

Hace referencia al óptimo desempeño del profesional de enfermería identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera que se porta bien, que es atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el diálogo, además su desempeño es profesional en cuanto al conocimiento que refleja en su trabajo, cumple con el deber profesional, reconoce sus debilidades, sigue las indicaciones del tratamiento, apoya a sus compañeras/os, trabaja en equipo y tiene capacidad de liderazgo frente al grupo<sup>40</sup>

Los comportamientos de cuidado que conforman la categoría Cualidades del hacer de la enfermera fueron evaluados mediante 8 preguntas del instrumento (número 2, 5, 10, 14, 22, 23, 28 y 32) las cuales hacen referencia a si son amables en el trato, se toman tiempo necesario para aclarar inquietudes, explican anticipadamente los procedimientos, dan indicaciones oportunas sobre el autocuidado, responden rápidamente cuando son llamadas/os, identifican necesidades físicas, psicológicas y espirituales, y si administran el tratamiento prescrito a tiempo. Tras el respectivo análisis se obtuvo un resultado de 74.64% (n=103) Siempre percibido, Casi siempre se

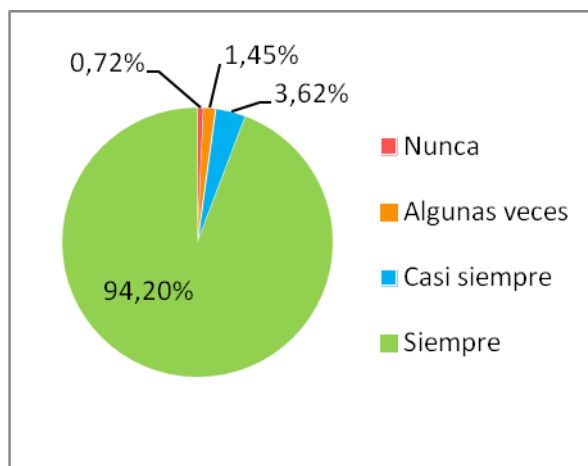
perciben los cuidados con un 21.01% (n=29), Algunas veces con 3.62% (n=5) y Nunca con un 0.72% (n=1).

**Figura 13: Percepción de la categoría Cualidades del hacer enfermera**



La pregunta con mayor percepción fue la número 32: “Le administran a tiempo el tratamiento prescrito”. En este ítem se obtuvo un 97.82% (n=135).

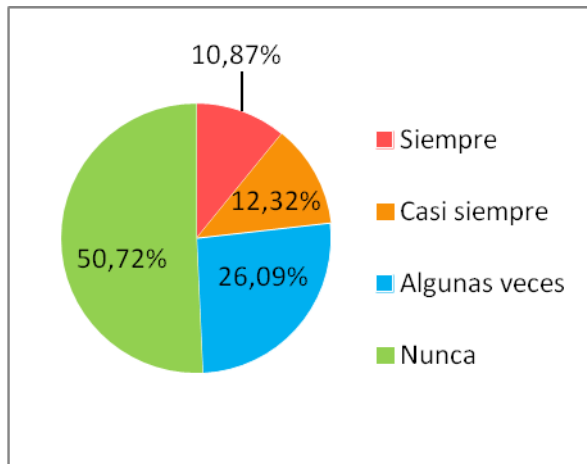
**Gráfico 14: Pregunta n°32**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 17

La pregunta con menor percepción fue la número 22: “Responden con lentitud al llamado”, en la cual se alcanzó un 23.19% (n=32).

**Gráfico 15: Pregunta n° 22**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 18

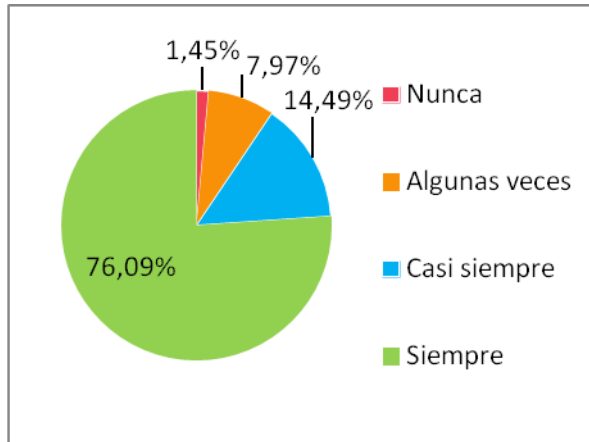
#### 4.2.2.5 Proactividad

Se refiere a los cuidados percibidos, en donde la/el profesional enfermera/o se anticipa y planifica con anterioridad, teniendo en cuenta las necesidades y preocupaciones de la persona atendida para así prevenir posibles complicaciones. Según Alvis y col. la proactividad contribuye a una atención oportuna que va más allá de las necesidades del paciente, que le concientiza y le hace más partícipe en el proceso de recuperación.<sup>40</sup>

Esta categoría fue una de las menos percibidas del estudio, se encuentra representada por 5 preguntas (11, 13, 19, 20 y 30) orientadas a conocer la percepción sobre: responder preguntas, dedicar el tiempo necesario, proporcionar información oportuna y suficiente, incentivar a la persona a llamar por si necesita algo y estar pendiente de la persona atendida.

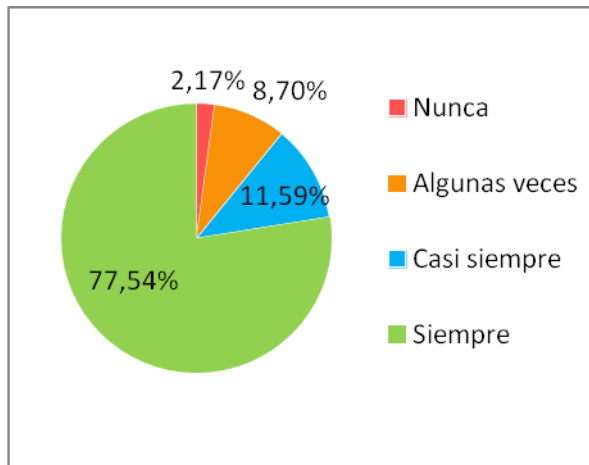
En relación a esto, los hallazgos se describen de la siguiente manera: el 76.09% (n=105) de las personas bajo estudio Siempre percibieron la Proactividad, el 14.49% (n=20) Casi siempre, 7.97% (n=11) Algunas veces y 1.45% (n=2) personas Nunca percibieron la Proactividad por parte de la/el profesional enfermera/o.

**Gráfico 16: Percepción de la categoría Proactividad**



Dentro del análisis de las preguntas que conforman esta categoría, la pregunta mayor percibida fue la número 11: “Responden a sus preguntas con seguridad”. Su resultado fue de 89.13% (n=123).

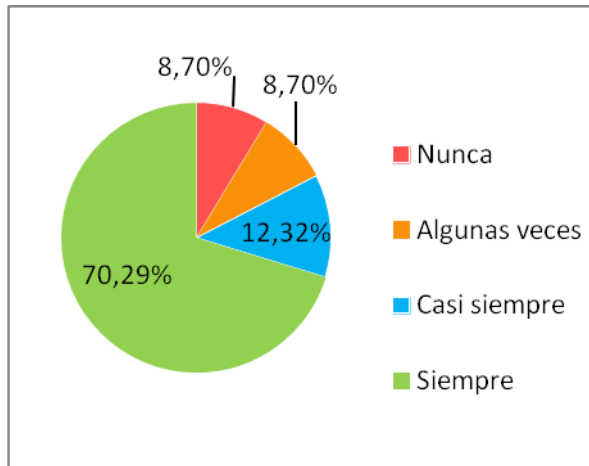
**Gráfico 17: Pregunta n° 11**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 19

En tanto, la pregunta menor percibida en esta categoría corresponde a la número 19 “Le proporcionan información oportuna y suficiente para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud”, donde se obtuvo un 17.40% (n=24).

**Gráfico18: Pregunta n° 19**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 20

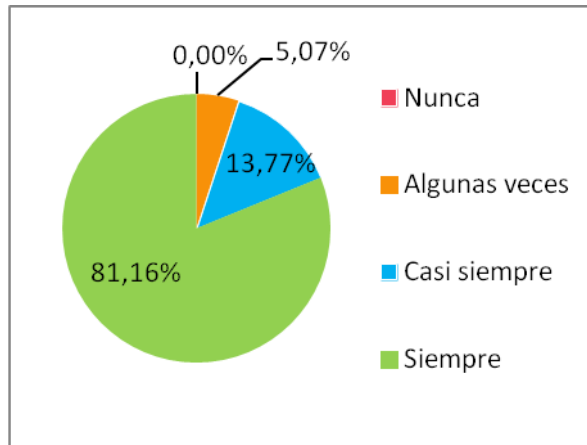
#### 4.2.2.6 Priorizar al ser Cuidado

Esta categoría hace referencia a los cuidados que se orientan en el ámbito de la priorización de la persona, mostrar respeto tanto por su intimidad como por sus decisiones, y en donde su calidad de paciente y persona se mantiene por medio de la identificación por el nombre. Es por lo mismo que la categoría incluye implícitamente la valoración del sujeto como ser único y participe en la experiencia del cuidado donde se respeta su propia subjetividad.<sup>40</sup>

Se incluyen aseveraciones tales como: le hacen sentir como humano, no le llaman por el nombre, respetan sus creencias y valores, respetan sus decisiones, así como el respeto de la intimidad.

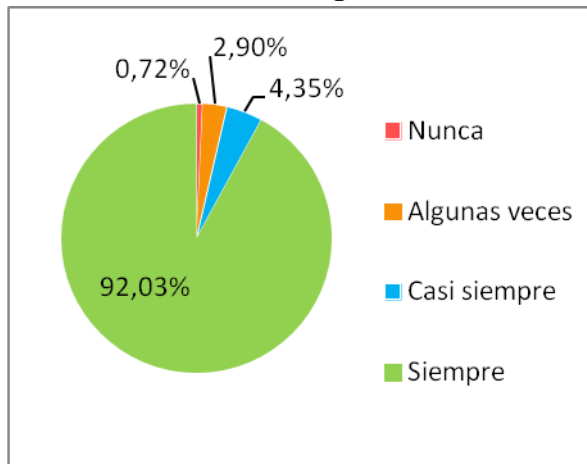
En la percepción general de esta categoría, el 81.16% (n=106) Casi Siempre percibió los comportamientos, seguido por Siempre con un 13.77% (n=20), luego Algunas veces expresado con un 5.07 % de las encuestas (n=12) y 0.0% Nunca los percibió.

**Gráfico 19: Percepción de la categoría Priorizar al ser cuidado**



Al interior de la categoría, la pregunta con mayor percepción es la número 17: “Se muestran respetuosas/os con sus creencias y valores”, cuyo resultado de 96.38% (n=133).

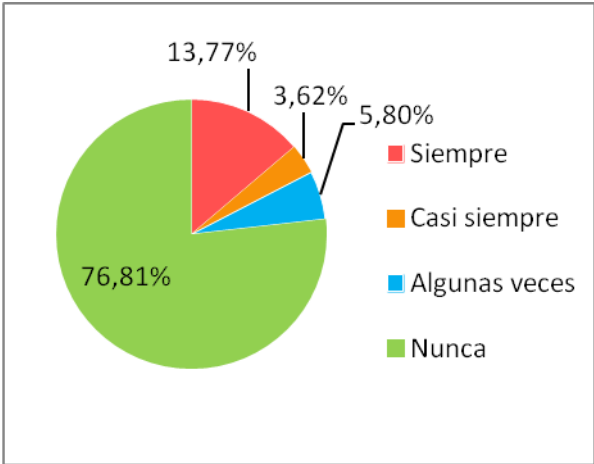
**Gráfico 20: Pregunta n°17**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 21

Por otro lado, la pregunta menos percibida es la 31: “No respetan su intimidad”. En este enunciado, resultó un 17.39% (n=24).

**Gráfico 21: Pregunta n°31**



Fuente: Elaboración propia según los datos recabados anexo 22

#### 4.2.2.7 Pregunta Abierta

El instrumento PCHE segunda versión cuenta con una pregunta abierta de respuesta voluntaria “En este espacio señale aquellos comportamientos de la enfermera/o que a su modo de ver son importantes para su cuidado y, que no se mostraron en la encuesta”, donde un 11.59% (n=16) de un total de 138 personas la respondieron.

Para el análisis de la información, los resultados fueron descritos en la tabla que se muestra a continuación y posteriormente se identificaron las unidades de significado para luego categorizarlas.

**Tabla 8: Pregunta Abierta: Unidades de Significado**

Ítem	Unidades de significado	Unidades de significado interpretadas
1	Me gustaría saber si ellas tienen <b>vocación</b> o no, porque hay algunas personas que parece que no.	No todas las enfermeras tienen vocación
2	Me gustó estar acá, agradezco por la <b>paciencia y tolerancia en su cuidado.</b>	Paciencia y tolerancia en su cuidado
3	Me siento <b>apoyada</b> , es distinto a donde yo estaba.	Siente apoyo
4	Sugerencia: Al <b>sistema de visitas a pacientes</b> le falta más atención <b>para que sea más expedito</b> ya que se pierde tiempo en conseguir el permiso, al parecer sólo hay un funcionario para todo. <b>Mejor fiscalización, más equidad</b> para todos ya que asisten hasta 6 personas a vez por paciente en lugar de 1.	Revisar el sistema de visitas de paciente para que sea más expedito y organizado
5	Falta <b>informar sobre el estado del proceso de salud.</b>	No informan sobre el estado de salud
6	La enfermera <b>no acomoda después de las curaciones.</b>	No se preocupa suficientemente de la comodidad del paciente

7	Estoy muy <b>agradecido de todas las personas que han hecho posible mi recuperación</b> , tanto enfermeras como también personal auxiliar. Me voy con la mejor visión de este hospital. Gracias a todos.	Agradecido de todo el equipo que ha hecho posible su recuperación
8	<b>Dedicación y preocupación más personalizada hacia los pacientes.</b>	Falta más dedicación y preocupación hacia los pacientes
9	Doy las gracias por su <b>cuidado tan abnegado y el amor que han tenido conmigo.</b>	Cuidado abnegado y amor en el cuidado
10	<b>Ayudar a los enfermos a entender y ayuda en el tratamiento a seguir</b> para una mejor solución.	Mejorar la educación y la información que se brinda
11	<b>Si las enfermeras trabajan mecánicamente</b> y hacen sólo su trabajo o se preocupan por uno.	Mejorar la preocupación por la persona y no hacer un trabajo mecanizado
12	<b>Agradecido por las finas y oportunas atenciones de Enfermería.</b>	Agradecido por la atención de enfermería
13	<b>Hay mejor disposición y relación al atender a los pacientes.</b>	Disposición y relación al atender a los pacientes.
14	La <b>dedicación y vocación...paciencia que tienen para ayudar a los demás.</b>	Dedicación y vocación...paciencia que tienen para ayudar
15	No todas las enfermeras en todos los casos pueden <b>respetar sus decisiones.</b>	Respetar las decisiones de los pacientes
16	<b>Continuidad en la atención.</b>	Continuidad en la atención

Categorías resultantes:

Categoría N° 1: Agradecimientos por el cuidado recibido (Ítems: 2-3-6-7-9-12)

Las personas encuestadas califican la atención de enfermería como un cuidado fino, oportuno y abnegado que se entrega con amor, dan importancia a la paciencia y tolerancia que perciben del profesional enfermero/a sintiéndose apoyadas y agradecidas por el cuidado recibido destacando también a todo el equipo que ayudó en su recuperación. Sin embargo, una persona manifestó que la/el enfermera/o no se preocupaba suficientemente de su comodidad.

Categoría N° 2: Vocación y entrega de la/el Enfermera/o (Ítems: 1-8-13-14)

Las personas valoran la dedicación, disposición y vocación que tienen los profesionales enfermeros/as al atender a los pacientes y también la paciencia que tienen para ayudar a los demás. No obstante dos personas refieren que falta más dedicación y preocupación hacia los pacientes y que la vocación no es una característica de algunas/os enfermeras/os.

Categoría N° 3: Aspectos que mejorar (Ítems: 4-5- 10- 11-15-16)

Las personas sugieren revisar el sistema de visitas por persona hospitalizada para que sea más expedito, organizado y equitativo, aumentando la fiscalización en ese tema. Así mismo recomiendan mejorar el proceso de entrega de información sobre el estado de salud y la educación sobre el tratamiento a seguir. También se destacaron componentes humanizados del cuidar que podrían mejorar, como la preocupación por la persona y el respeto por las decisiones de los pacientes, evitando realizar un trabajo mecanizado.

#### 4.3 Confiabilidad del instrumento

Respecto a la confiabilidad del instrumento en estudios pasados se logró obtener la medición de su validez facial y de contenido en el año 2011.<sup>49</sup> Durante esta investigación se obtuvo el Alpha de Cronbach el cual alcanzó un valor de 0.9307, valor que se ubica por sobre el máximo esperado (0.90) y que implica la existencia de una redundancia o duplicación, es decir, varios ítems están midiendo exactamente el mismo elemento de un constructo. Usualmente, se prefieren valores de alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.90.<sup>54</sup>

La confiabilidad se define como el grado en que un instrumento de varios ítems mide consistentemente una muestra de la población. La medición consistente se refiere al grado en que una medida está libre de errores.<sup>54</sup>

**Tabla 9: Categorización e interpretación del nivel de confiabilidad de las pruebas**

Categorización	Interpretación
< 0.70	Baja confiabilidad
0.70	Mínimo aceptable
0.80- 0.90	Valor ideal
0.90	Máximo aceptable
> 0.90	Redundancia

## CAPÍTULO 5

### 5.1 Discusión.

#### 5.1.1 Percepción Global

La percepción global corresponde al puntaje total obtenido de los instrumentos aplicados, el cual obtuvo un promedio de 115.09 (84.06%), indicando que Siempre se percibió el cuidado humanizado por parte del profesional enfermera/o. Resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por Rivera y Triana, “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en la Clínica del Country”, en donde el 86.86% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country en la ciudad de Bogotá, Colombia, Siempre percibieron el cuidado humanizado<sup>5</sup>, utilizando el instrumento de recolección de datos PCHE 1ra versión. Coincidente con esta tendencia fue lo expuesto por Romero en el estudio “Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados Cartagena, Colombia”, en donde el puntaje global obtenido fue de 73 puntos (55.3%) catalogado como excelente<sup>46</sup>, en el cual se utilizó este mismo instrumento.

Estos hallazgos apoyan lo propuesto por Leininger, quien presenta a la enfermería como una ciencia y arte humanístico que se centra en las conductas, las funciones y los procesos personalizados que promueven y mantienen la salud o la recuperación de la enfermedad.<sup>37</sup> También se fortalece con lo afirmado por Watson: El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal.<sup>36</sup> De lo anterior se puede inferir que, para percibir esto en gran medida, se tuvo que haber forjado una relación enfermera-persona atendida basada en el reconocimiento de la persona como única y auténtica<sup>5</sup>, demostrando que las características del cuidado humanizado propuestas por las diferentes teoristas, son percibidas significativamente entre las personas hospitalizadas en el hospital Carlos Van Buren.

Por otro lado, Espinoza, en su estudio “El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho”, obtuvo como resultado que el 24.7% de las personas hospitalizadas en los servicios de cirugía, medicina y gineco-obstetricia, Nunca percibió este cuidado.<sup>47</sup> Contrario a lo evidenciado en la ciudad de Valparaíso, donde el nivel de percepción Nunca alcanzó un 0%.

En cuanto a las categorías, las más percibidas (Cualidades del hacer de la/el enfermera/o, Priorizar al ser cuidado y Apoyo Físico) se caracterizan por contener comportamientos tangibles y visibles a los ojos de las personas como el alivio del dolor, la administración de medicamentos, entre otros. Mientras que las que obtuvieron menor puntaje (Empatía, Proactividad y Apoyo Emocional) tienen relación con competencias que para ser percibidas requieren de una interpretación por parte de la persona atendida de las acciones que realiza el profesional, como la escucha atenta, la calidez y delicadeza del cuidado y la preocupación por el ser cuidado. Por lo tanto, las personas percibieron en mayor medida comportamientos concretos y acciones visibles en comparación a los comportamientos relativos a los sentimientos, los valores y las intenciones. Esto podría deberse, según Watson, a la institucionalización del profesional<sup>2</sup>, en donde la/el enfermera/o debe adaptarse al sistema estructurado al que ingresa, caracterizado por el tiempo limitado de interacción enfermera/o-persona atendida, por la delegación de actividades propias del profesional enfermera/o y por la sobrecarga de trabajo. Además, son las/os mismas/os enfermeras/os quienes no conciben como propia la gestión del cuidado, observándose en los profesionales intrahospitalarios, que las actividades que realizan son en su mayoría derivadas del diagnóstico y tratamiento médico.<sup>2</sup>

Cabe destacar que en algunas instituciones de nuestro país sigue existiendo una visión biomédica en la atención de salud, promoviendo aún más la institucionalización del profesional<sup>2</sup>, no obstante, las personas atendidas perciben el cuidado entregado como humanizado. Durante el curso del estudio y a partir de los comentarios de las personas participantes, se observó una tendencia a justificar a la/el enfermera/o, puesto que son conscientes de la sobrecarga de labores que deben realizar. Si bien los instantes de interacción entre el profesional y la persona atendida son reducidos, en ellos se lleva a cabo un momento de cuidado que satisface las necesidades de la persona.

## 5.1.2 Categorías

### 5.1.2.1 Apoyo Emocional

Los resultados correspondientes a esta categoría la sitúan dentro de las tres menos percibidas. Estos hallazgos se relacionan con lo evidenciado en el estudio realizado por Rivera y Triana, en el cual la dimensión apoyo emocional obtuvo una puntuación de 79.56%, ubicándose dentro de los comportamientos de cuidado percibidos en menor medida.<sup>5</sup> Lo arrojado por ambas investigaciones, puede ser explicado mediante lo que considera Watson como la premisa inicial de su pensamiento y teoría, vale decir, la pérdida de las cualidades humanas en la entrega del cuidado, la sistematización en aumento, el auge de lo biomédico y la disminución de la emocionalidad, específicamente del cuidado amoroso que puede entregar un profesional a la persona atendida.<sup>36</sup> Además, a nivel de la realidad reflejada en este estudio, los tiempos disponibles para la atención de la persona, privilegian la realización de técnicas y labores relativas a la satisfacción de necesidades físicas, restando prioridad a los comportamientos abocados a lo emocional.

En relación a lo anterior, es importante mencionar que para Watson las personas son *sintientes*<sup>36</sup>, característica esencial en su concepto de ser humano porque a través de ella logra precisar la contemplación de sus aspectos más allá de lo corporal. Este rasgo alude a los sentimientos, los cuales el profesional debe reconocer en sí mismo para poder identificar y tomar en cuenta los de la persona atendida. Esto tiene que ver con el apoyo emocional que brindan las/os enfermeras/os, quienes no deben proteger al ser atendido de los sentimientos desagradables o entristecedores, previniendo que los experimente, sino que deben ser el soporte que brinde tranquilidad confianza, calidez y delicadeza, siempre atentos a la expresión de la persona mediante la escucha y el trato cordial que facilite la comunicación, promoviendo su autonomía.

Por otro lado, el estudio realizado por Romero da como resultado que esta categoría es una de las más percibidas, calificando como excelente con un 57.3%.<sup>46</sup> Si bien estos hallazgos contrastan con lo descubierto a nivel nacional, cabe destacar que el comportamiento más percibidos fue el mismo para ambos casos, es decir, la pregunta referente a si “La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo”. La tranquilidad que inspira la presencia de la/el enfermera/o,

sería producto de sus competencias, conocimientos y cualidades que permitirían enfrentar las situaciones que requieran su ayuda, generando confianza para la persona atendida.

También, es relevante recordar que el desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado a través de una relación de confianza, nace a partir del replanteamiento del desarrollo de una relación de ayuda y confianza,<sup>36</sup> basada en la honestidad y la verdad. Como parte de esta relación, la persona se considera única y libre, con el potencial de poner en práctica su autonomía. Ésta última, junto al bienestar que alcanza como resultado de una atención caracterizada por el apoyo emocional, influye positivamente de manera que el individuo interactúa con la/el profesional, asumiendo su responsabilidad frente a su estado de salud y tratamiento y contribuyendo en su recuperación como parte activa de la relación terapéutica.

#### 5.1.2.2 Apoyo Físico

Esta categoría fue calificada en tercer lugar dentro de las más percibidas. Esto se relaciona con los resultados del estudio realizado por Rivera y Triana, donde evidencia un hallazgo similar, calificando la categoría Apoyo físico Siempre percibida con un 87.22% dentro de las mejores evaluadas.<sup>5</sup> Esto difiere con el estudio de Romero<sup>46</sup> en el cual una de las categorías percibidas en menor grado fue Apoyo físico, con un 54.2%. Ambos estudios utilizaron el instrumento PCHE primera versión.

Es relevante destacar que los comportamientos más percibidos fueron la satisfacción de las necesidades básicas y el interés que muestra el profesional de enfermería por brindar comodidad física. Dentro de las características que identifican un buen cuidado se encuentra la preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro.<sup>25</sup> Watson plantea que existen dos elementos asistenciales importantes, los cuales son la Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas y la Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.<sup>40</sup>

Por otro lado, los comportamientos menos percibidos fueron la ayuda que entregan los profesionales para el manejo del dolor y el mirar a los ojos durante la conversación. Esto podría atribuirse al número de personas a cargo de un profesional, el cual no es suficiente para cubrir las necesidades de las personas hospitalizadas o también por las actividades delegadas al técnico en

enfermería, donde la/el enfermera/o pierde contacto directo con las personas y se encarga de liderar al equipo de salud.

La/el profesional enfermera/o según Torralba<sup>32</sup> debe comprender a la persona, tener compasión y empatía, además de la competencia para brindar cuidados acordes a las necesidades de la persona. Por lo tanto, para aliviar el dolor a quien sufre, el profesional primero tendrá que comprender a la persona atendida cómo siente, qué piensa, cómo podría sentirse mejor y disminuir el dolor, alcanzando una apertura del yo al otro, una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos que logran completar un proceso al cuidar, como refieren Estefo y Paravic.<sup>9</sup>

### 5.1.2.3 Empatía

Dentro de los resultados obtenidos, la categoría empatía es la menos percibida. Así mismo, en el estudio realizado por Romero, se observó que esta categoría estuvo dentro de las menos percibidas junto a Apoyo físico, Proactividad y Sentimientos del paciente, donde el 40% de las personas encuestadas refiere que no existe empatía entre Enfermera y persona atendida.<sup>46</sup> Esta situación puede ser explicada por Colliere, quien dice que las enfermeras en los servicios sanitarios terminan realizando técnicas y tareas cada vez más especializadas, sobrecargándose de labores dependientes e interdependientes de la disciplina médica.<sup>46</sup> Además, se condice con lo propuesto por Watson, quien sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.<sup>6</sup>

Esta tendencia puede ser el resultado de la baja tasa de Enfermeras por pacientes que se presenta en Chile, correspondiente a 4.2 x 1000 habitantes,<sup>11</sup> generando un déficit en los hospitales nacionales y por ende, en la institución sanitaria de este estudio. Además se debe considerar que esta tasa comprende a las enfermeras tanto en atención primaria como en atención cerrada. Un menor número de enfermeras tiene como consecuencia una menor satisfacción de las necesidades de los usuarios. Esto se relaciona con que las personas encuestadas no perciban en

mayor medida los comportamientos de tipo psicoemocional, sino más bien aquellos correspondientes a labores técnicas y mecanizadas con el fin de optimizar el tiempo.

El estudio realizado por Rivera y Triana, también resalta que la categoría Empatía se encuentra dentro de las menos percibidas con un 77.7%, sin embargo, constituye un porcentaje no menor y se encuentra dentro de la clasificación de los resultados como Siempre percibida.<sup>5</sup> Dentro de este estudio la pregunta “El personal de enfermería no informa de su nombre antes de realizarle los cuidados”, es una de las menos percibidas al igual que en los resultados obtenidos en la reciente investigación. Esta evidencia corresponde a un tema sensible dentro de nuestra realidad nacional, ya que en el artículo 9 de la “Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, se expone que toda persona tiene derecho a que todos y cada uno de los miembros del equipo de salud que la atiendan tengan algún sistema visible de identificación personal, incluyendo la función que desempeñan.<sup>3</sup> Dentro de los servicios encuestados esto se cumple, pero aún así la/el profesional enfermera/o no se está presentando adecuadamente frente a las personas, ya que ésta asume que portando su identificación la persona atendida se da por enterada de su nombre. Por lo tanto los usuarios no están percibiendo este comportamiento, el cual es el primer paso para forjar la relación enfermera/o-persona atendida.

En el estudio de Camargo, si bien utiliza como instrumento de recolección de datos el Inventario de comportamientos de Wolf, se evidenció una percepción medianamente favorable en la dimensión Interacción positiva, la cual alberga la Empatía como componente central de los comportamientos de cuidado.<sup>48</sup> Según Watson, cuando las/los profesionales enfermeras/os son empáticos, logran captar el mundo del usuario y esto le permite moverse libremente dentro de él, puede comunicarle su comprensión de aquello que él conoce vagamente y volcar en palabras los significados de experiencias de las que apenas tiene conciencia.<sup>2</sup> Es así como en el metaparadigma expuesto por Watson, define a la enfermería como un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.<sup>2</sup>

También, Leininger plantea un supuesto muy importante con respecto a la empatía. Refiere que los profesionales enfermeras/os deben ser capaces de tratar a las personas atendidas como seres

holísticos, teniendo en cuenta su procedencia cultural, y para lograr esto, la/el enfermera/o debe ser capaz de descubrir y conocer el mundo en el que está inserta la persona que recibe cuidados.<sup>2</sup>

#### 5.1.2.4 Cualidades del hacer de la Enfermera

Esta categoría obtuvo la mayor percepción del estudio, lo cual se relaciona con la investigación realizada por Rivera y Triana, quienes al aplicar el mismo instrumento en su primera versión también posicionaron esta categoría dentro de las más percibidas, obteniendo un 89.41% en el nivel Siempre y 10.21% en Casi siempre.<sup>5</sup> Estos resultados también se asemejan al estudio de Romero, donde el 53.8% calificó esta categoría en excelente y el 39.1% en bueno.<sup>46</sup>

Cabe destacar que el comportamiento más percibido fue “administrar el tratamiento prescrito a tiempo”, lo que se asimila al estudio de Romero, en el que este enunciado también fue el más percibido con un 59.1%.<sup>46</sup> Esto se relaciona con la ejecución de labores técnicas y acciones asociadas por las mismas personas atendidas al quehacer enfermero. Es importante mencionar que en el contexto nacional, hemos podido observar que en el sistema público es principalmente el personal técnico de enfermería quien administra los medicamentos, sin embargo, se debe considerar que ésta es una actividad de enfermería delegada a este personal, siendo la/el enfermera/o responsable de la planificación, ejecución y registro, elementos comprendidos dentro de la gestión del cuidado.<sup>8</sup>

Según afirma Watson, la/el enfermera/o también debe resaltar por el dominio teórico para resolver problemáticas, optimizando así el cuidado que se entrega y ofreciendo condiciones que facilitan a las personas resolver sus propios conflictos,<sup>40</sup> características que se relacionan con las cualidades del hacer de la enfermera en gran parte de los ítems que contiene esta categoría y que según los hallazgos, las personas a las cuales se les aplicaron los instrumentos pudieron percibir en gran medida.

Por otro lado, la ley 20.584 en su artículo 2º explica que toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador, a recibir oportunamente las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de rehabilitación.<sup>3</sup> Lo anterior está fuertemente ligado al ítem que alude a la rapidez con que el profesional atiende al llamado cuando la persona atendida lo solicita, comportamiento que dentro de la categoría fue el menos percibido, sin embargo, pudo

ubicarse principalmente dentro del nivel de percepción Siempre, lo cual indica una congruencia entre lo que se realiza y lo que estipulan en la ley mencionada.

#### 5.1.2.5 Proactividad

En relación a la categoría de Proactividad, ésta fue una de las menos percibidas. Dicho resultado se relaciona con lo encontrado en el estudio realizado por Rivera y Triana, que utiliza el instrumento PCHE primera versión, donde se evidenció que dentro de las categorías menos percibidas se encuentra la proactividad con un 80.65%.<sup>5</sup>

Cabe destacar que el comportamiento menos percibido en ambos estudios, corresponde a la pregunta: “Le proporcionan información oportuna y suficiente para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud”. Según Leininger, un concepto central dentro de los cuidados culturales hace referencia a la prestación de cuidados de ayuda, apoyo o facilitación de información adaptada culturalmente para cada ser, éstos se centran en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar de las personas.<sup>37</sup> Además, para Watson, la Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal es un concepto relevante dentro de la enfermería, éste permite priorizar e informar a la persona y entregarle a sí mismo la responsabilidad sobre su salud y bienestar, ayudándole a ser agente activo en lo que respecta a su salud, al tomar las decisiones que la favorezcan y le permitan recuperar o mejorarla. La/el enfermera/o es la/el encargada/o de facilitar el proceso de restablecimiento de la salud, entregándole las herramientas necesarias para que éste potencie su autocuidado y adquiera además la capacidad para desarrollarse.<sup>36</sup>

De manera similar, en el estudio de Romero se muestra que una de las categorías menos percibidas fue la proactividad con un 88.7% de percepción.<sup>46</sup>

Así mismo, el estudio de Camargo titulado “Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional. Provincia de Coclé, Panamá” en cual utiliza como instrumento de recolección de datos el Inventario de comportamientos de Wolf, la percepción medianamente favorable está relacionada entre otros con la dimensión asistencia segura, comportamiento que involucra la demostración de conocimientos y la información oportuna.<sup>48</sup>

Dentro de la legislación chilena, este comportamiento cobra gran importancia ya que es uno de los pilares de la ley 20.584 en donde manifiesta que uno de los derechos de los usuarios está relacionado con la información, estipulando que toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito.<sup>3</sup>

La información que reciben las personas y sus familiares acerca de su estado de salud adquiere significativa relevancia, ya que determinará en gran medida el grado de aceptación de su condición y la adherencia al tratamiento, proceso fundamental para el restablecimiento y mantención de la salud. Además, un individuo informado favorece la relación enfermera- persona atendida, ya que la información permite que la persona tome decisiones consensuadas con el profesional de enfermería sobre su propia salud, favoreciendo dicho proceso.

#### 5.1.2.6 Priorizar al Ser cuidado

La categoría de Priorizar al ser cuidado, fue la segunda más percibida de este estudio. Esto se condice con los hallazgos encontrados en el estudio de Rivera y Triana, donde se observó que para la misma categoría, un 89.05% Siempre percibió los comportamientos.<sup>5</sup> Al mismo tiempo, el estudio de Romero expresa sus resultados de manera similar, situando a esta categoría dentro de las mayormente percibidas.<sup>46</sup>

Leininger en su teoría de la universalidad y transculturalidad afirma que es necesario considerar a la persona en su totalidad, holísticamente y en conocimiento de su procedencia cultural, ya que a partir de este saber será posible entregar un cuidado tanto humano como coherente con las necesidades de la persona atendida.<sup>1</sup> Es decir, se debe priorizar a la persona y sus características, ya que así se logra entregar un cuidado basado en los principios y actitudes humanizadas a la vez que es necesario considerar a la persona como un sujeto único y partícipe de los cuidados de enfermería, respetando siempre su subjetividad, sus creencias, lenguaje, forma de ser, etc.

Del mismo modo, Jean Watson otorga una importancia antes desapercibida a la enseñanza de las ciencias humanistas, porque facilitan la valoración de los perfiles culturales y psicológicos de cada persona<sup>36</sup>. También atribuye como factor de cuidado a la incorporación de la fe y la esperanza, elementos que impulsarán la mejoría emocional y aliviarán, dando bienestar.<sup>36</sup> Es en base a lo anterior que se refleje una mayor percepción del respeto de las creencias y valores de la

persona por parte de la enfermera, a esto se suma lo descrito en la ley 20.584 la cual en su párrafo 2° del derecho al trato digno y el párrafo 3° del derecho a tener compañía y asistencia espiritual, establece el derecho a un trato más humano en la relación enfermera/o y persona atendida. En ambos párrafos se vela porque el profesional sea cortés, que a las personas atendidas se les llame por el nombre o que se les permita la compañía familiar y/o espiritual si así lo requiriesen.<sup>3</sup>

Por otro lado, en esta categoría la pregunta menos percibida fue No respetan su intimidad. Si bien en la ley anteriormente mencionada, se expresa la necesidad del respeto a la persona, nos encontramos que en los servicios la gente no lo percibe de esta manera. Esto se puede deber a la sobrecarga de trabajos realizados por la enfermera, en donde actividades como curaciones, realizar el aseo de la persona, entre otras, se han mecanizado y transformado en diligencias que al parecer desde la perspectiva de la/el enfermera/o no requieren privacidad. Pero esto no tiene el mismo peso para las personas atendidas, quienes consideran que estas actividades sí requieren de la intimidad con la que contarían si fuesen realizadas en sus hogares.

## 5.2 Limitaciones del estudio

1. Retraso en la ejecución de las actividades planificadas en el cronograma de la investigación, a causa del tiempo que tomó la emisión de los permisos del Comité de Evaluación Ética Científica del SSVSA.
2. Dificultades de coordinación entre la Subdirección de Gestión del Cuidado, la Unidad de Gestión Docente y los servicios en los cuales fue aplicado el instrumento, lo que prorrogó el comienzo de la aplicación.
3. Poca claridad de las personas a la hora de diferenciar al profesional enfermera/o dentro del equipo multidisciplinario, en especial respecto del técnico en enfermería.
4. El período de aplicación coincidió con las prácticas profesionales de los investigadores, lo cual limitó la disponibilidad.
5. Extensión y lenguaje en que fue redactado el consentimiento informado, puesto que demoró y dificultó la comprensión de los participantes respecto a su contenido, retrasando así el proceso de aplicación de cada instrumento.

### 5.3 Conclusiones

1. Los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por la/el profesional enfermera/o, fueron siempre percibidos, por lo tanto a nivel global, enfermeras y enfermeros entregan un cuidado humanizado.
2. Dentro de las categorías mayor percibidas se encuentran Cualidades del hacer de la enfermera, Priorizar al ser cuidado y Apoyo físico, en tanto las categorías menos percibidas son Apoyo emocional, Proactividad y Empatía, comportamientos pertenecientes al ámbito psicosocial y sentimental. Estos resultados son relevantes, ya que permiten identificar y potenciar aquellos comportamientos mayormente percibidos y reforzar los que se percibieron en menor medida.
3. Según lo obtenido, las personas atendidas que participaron en el estudio sí percibieron los comportamientos relacionado con el Apoyo emocional proporcionado por la/el profesional enfermera/o, no obstante, ésta fue una de las categorías percibidas en menor medida.
4. Las personas sí reconocieron los comportamientos de cuidado humanizado relacionados con el Apoyo físico en gran medida, calificándola dentro de las más percibidas.
5. Respecto a la Empatía, esta categoría fue percibida con la menor puntuación, sin embargo, las personas igualmente pudieron identificar esta característica que entregaron las/los profesionales enfermeras/os a través del diálogo con tono sereno, la escucha activa y la comunicación del nombre del profesional a su ser cuidado.
6. Las personas a las cuales se les aplicó el instrumento sí percibieron los distintos comportamientos que constituyen la categoría Cualidades del hacer de la enfermera y que fueron entregados por la/el enfermera/o, destacándola por sobre las demás con la mayor percepción.

7. En cuanto a la Proactividad, las personas que participaron en el estudio lograron identificar los comportamientos y características que forman parte de ella, pese a ello, esta categoría fue una de las menos percibidas.
8. Las personas atendidas sí percibieron los cuidados humanizados descritos en Priorizar al ser cuidado, posicionándola como la segunda más percibida.
9. De acuerdo a la pregunta abierta, se pudieron identificar unidades de significado, las cuales podrían dar lugar a la creación de nuevas categorías en el instrumento.
10. La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson proporcionó la estructura de esta investigación y su posterior análisis a través del sustento científico. En los resultados del estudio se lograron visualizar aspectos de la teoría de Watson en la práctica del quehacer de enfermería, justificados a través de la percepción de las personas sobre el cuidado humanizado otorgado durante su hospitalización.
11. La mecanización del cuidado y la institucionalización de la/el profesional enfermera/o son fenómenos que influyen negativamente en el momento de cuidado y en la relación enfermera-paciente, desplazando el eje central del cuidado: la persona atendida.
12. En este estudio se percibieron comportamientos descritos como esenciales en la teoría de Leininger los cuales son considerar a la persona en su totalidad, holísticamente y en conocimiento de su procedencia cultural favoreciendo un cuidado coherente y principalmente humano.
13. Los preceptos que definen al cuidado como un valor ético se asocian estrechamente con el concepto de cuidado humanizado abordado en este estudio, fortaleciendo la base filosófica y ética-moral de los principios y supuestos que condujeron las diversas teorías al respecto. Al obtener como resultado que las personas sí percibieron el cuidado humanizado, es posible afirmar que los comportamientos de la/el enfermera/o dejaron

entrever las características coincidentes con lo planteado por Torralba al referirse al cuidado desde el punto de vista de la Bioética.

14. Entregar un cuidado humanizado requiere tiempo, recursos, relaciones interpersonales, compromiso con la institución de salud y con el equipo de trabajo, pero principalmente con la persona atendida. Esto no significa que instaurar un cuidado humanizado a la contingencia nacional se requiera de más dinero, sino que para lograr esto, se debe intervenir y gestionar los recursos de la mejor manera posible, para lograr de esta forma la contratación de más personal y mejorar los servicios para entregar una atención personalizada a la persona y a su familia, con la finalidad de que éstos perciban los cuidados acorde a sus expectativas, mejorando así la calidad de la atención.
15. La realización de investigaciones sobre la percepción del cuidado de enfermería es de gran importancia para conocer un tema que aún se desconoce en Chile. Todavía son muy pocos quienes han reflexionado sobre la relevancia de conocer cómo percibe la atención quien la recibe, para mejorar la calidad del cuidado de enfermería y en consecuencia, elevar los estándares de calidad y satisfacción usuaria en los establecimientos de salud.

#### 5.4 Sugerencias

1. Incluir en el currículo de estudios las teorías del cuidado humanizado y motivar al estudiante a conocer el fundamento de determinar el grado de percepción de un fenómeno, en este caso, el cuidado humanizado.
2. Promover desde el pregrado la investigación sobre el cuidado humanizado, para que así la/el profesional enfermera/o en formación conozca los resultados positivos que éste genera, los cuales se traducen en un aumento de la calidad de la atención y una satisfacción usuaria acorde a las expectativas de cada persona receptora de cuidados.
3. Desarrollar e incentivar a que las/los profesionales de enfermería realicen nuevas investigaciones sobre el tema en distintas instituciones sanitarias chilenas. Así será posible conocer cómo se entrega el cuidado de enfermería en el país, recolectando información de quien es la esencia del cuidado, la persona atendida.
4. Realizar protocolos de gestión que tengan como objetivo medir en forma continua el cuidado humanizado, a través de un instrumento creado para evaluar la calidad del cuidado en base a las seis categorías expuestas en este estudio y posteriormente utilizarlo como un indicador de calidad de la atención.
5. Incentivar la realización de investigaciones cualitativas sobre el cuidado humanizado, para así lograr determinar otros comportamientos que este estudio no haya sido capaz de identificar.
6. Invitar al profesional enfermera/o a promover los principios y fundamentos del cuidado humanizado con su personal a cargo, ya que como líder del equipo de trabajo puede influir en la calidad del cuidado que se entrega.
7. Invitar a otros profesionales de la salud a conocer los principios y fundamentos del cuidado humanizado, para lograr de esta forma una atención integral e individualizada para cada persona, familia y comunidad.

8. Dar a conocer a los profesionales del hospital en donde se llevó a cabo el estudio la importancia de un actuar humanizado en el momento de cuidado, las repercusiones positivas tanto en la persona atendida como en el desempeño profesional, potenciando los comportamientos pertenecientes a las categorías más percibidas por las personas, como Cualidades del hacer de la enfermera, Priorizar al ser cuidado y Apoyo físico.
9. Motivar a los profesionales pertenecientes al hospital en donde se realizó la investigación a llevar a cabo actos de cuidado humanizado, reforzando y haciendo hincapié en las conductas menos percibidas en este estudio, todas ellas descritas en las categorías Apoyo emocional, Proactividad y Empatía.
10. Incentivar a las/los profesionales enfermeras/os a cargo de los servicios en donde se llevó a cabo el estudio a realizar investigaciones para así conocer y determinar por qué las categorías menos percibidas fueron Apoyo emocional, Proactividad y Empatía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raile AM, Marriner TA. Modelo y teorías en enfermería. 7ma ed. Madrid: Elsevier; 2011
2. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm [revista electrónica].2007 [Citado el 28 ene. 14]; 20(4):499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
3. Ley núm. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario oficial de la República de Chile, 40245, (24-04-2012).
4. Bautista M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichán [Revista electrónica]. 2008 [Citado el 03 ene. 14]; 8(1):74-84. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108108>
5. Rivera L, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. av.enferm [revista electrónica]. 2007 [Citado el 10 nov. 12]; 25(1): [aprox. 56-68 p]. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1\\_5.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf)
6. Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería analizando el cuidado humanizado. Cienc.Enferm.[Revista electrónica] 2010 [Consultado 28 enero 2014];16(1):31-35. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004)
7. Rodríguez V, Paravic T. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Enferm. Glob. [Revista electrónica] oct 2011 [Citado 20 ene 2014]; 10(24). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400020&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400020&script=sci_arttext)
8. Milos P, Bórquez B, Larraín A; La “gestión del cuidado” en la legislación Chilena: interpretación y alcance. Cienc. Enferm. [Revista electrónica] 2010 [Citado el 28 ene. 14]; 16(1):17-29. Disponible en: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art\\_03.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_03.pdf)
9. Estefo S, Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Rev. Cienc. Enferm [Revista electrónica]. 2010 [Citado el 28 ene 2014]; 16(3):33-39. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005)

10. Milos P, Larraín A, Simonetti M. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempo de escasez de enfermeras. *Cienc. Enferm. [Revista electrónica]*. 2009 [Citado 20 ene 2014]; 15(1):17-24. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532009000100003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100003)
11. Ministerio de salud. Panorama de salud 2013, Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros. [Artículo en línea] 2013 [Citado ene 2014]. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE\\_2013\\_21%2011\\_final.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%2011_final.pdf)
12. Cuidar. Real academia española, citado el 07 de noviembre de 2012 desde <http://lema.rae.es/drae/?val=cuidar>
13. Collière MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill; 1993
14. Velandia A, Sánchez B, Antolínez B, Peña B, Vanegas B, Ruiz C, Santos C. El arte y la ciencia del cuidado. 1º ed. Bogotá, Colombia: Unibiblios; 2002.
15. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. 1º ed. Barcelona: Editorial Masson S.A; 2002
16. Valls MR. Diseño de programas para la formación ética de los profesionales de enfermería. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de ciencias de la educación; 1993.
17. Silva VV, Ramírez MF. Historia, geografía y ciencias sociales. 1ª ed. Chile: MN; 2012
18. Iglesias P. Mujer y salud: las escuelas de medicina de mujeres de Londres y Edimburgo [Tesis doctoral]. Universidad de Málaga. 2006. Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16272791.pdf>
19. Eisler R. El Cáliz y la Espada. La alternativa femenina. Madrid: H.F. Martínez de Murguía; 1990
20. Bernis CC, Cámara GC. La mujer en la constitución histórica de la Medicina, En: Liberación y Utopía. Madrid: Akal; 1982. p. 207.
21. Souza A. La formación en enfermería y el desarrollo socioeconómico en América latina 1850-1950. *Rev Adm Sanit [Revista electrónica]* 2003 [Citado nov 2012]; 1(4):555-573. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13055235&pident\\_](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13055235&pident_)

usuario=0&pcontactid=&pident\_revista=261&ty=69&accion=L&origen=elsevier&web=  
www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v1n4a13055235pdf001.pdf

22. Malvárez M, Castrillón MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Rev. de Enferm [Revista electrónica] 2006 [Citado nov 2012]; 14(2):101-116. Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=132&Itemid=](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=132&Itemid=)
23. Paravic T. Enfermería y Globalización. Ciencia y Enfermería [Revista electrónica]. 2010 [Citado nov 2012]; 16(1):99-15. Disponible en: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art\\_02.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_02.pdf)
24. Errazuriz G. El pueblo Mapuche: Historia, medicina y proyectos de coexistencia en el área de la salud (Primera parte). Rev Chil Pediatr [Revista electrónica]. 2006 [Citado nov 2012]; 77(3): 290-294. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062006000400011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000400011)
25. Maza BM. La enfermería en Iberoamérica. En: Jamieson E, Sewall M, Suhrie E. Historia de la Enfermería. México: Editorial Iberoamericana S.A.; 1968. p. 342-345.
26. Cubillos OL, Castellano SA, Camus GP. Historia Escuela de Enfermería “Isidora Lyon Cousiño” 1950-2000. Santiago de Chile: Centro de Documentación e Investigaciones Históricas de la Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2000. p. 32-49.
27. Lorenzini A, Luzia J, Costa I, Trevizan M, Carvalho C. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, años 2001-2003. Cienc. enferm. [Revista electrónica]. Dic 2005 [citado 13 nov 2012]; 11(2): 35-46. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532005000200006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200006&lng=es). doi: 10.4067/S0717-95532005000200006.
28. Luévano S. El arte del cuidado de enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. Sínt. tecnol [Revista electrónica]. Enero-Marzo 2008 [citado 10 nov 12]; 45(1): [Aprox. 3 p]. Disponible en: [http://www.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2008/10/21/enfermeria.pdf](http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/10/21/enfermeria.pdf)

29. Zarate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm* [Revista electrónica]. Jun 2004 [citado 14 nov 2012]; 13(44-45): 42-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es)
30. ACOFAEN. Guía para el desempeño del profesional de Enfermería [Artículo de internet]. Santafé de Bogotá, Colombia, Julio de 1998 [Citado 10 nov 12]. Disponible en: [http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49&Itemid=63](http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=63)
31. Consejo internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería [Artículo de internet]. Ginebra, Suiza, 2006 [citado 10 nov 12]. Disponible en: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_spanish.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf)
32. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. *Enferm. Intensiva* [Revista electrónica]. 1 jul 2000 [nov 2012]; 11(3): p.136-141. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=10017627&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=142&ty=105&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=142v11n3a10017627pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=10017627&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=105&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=142v11n3a10017627pdf001.pdf)
33. Vélez AC, Vanegas GJH. El Cuidado en Enfermería, Perspectiva Fenomenológica. *Hacia la Promoción de la Salud* [Revista en la Internet]. 2011 [citado 28 Ene 2014]; 16(2): 175-189. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772011000200013&lng=pt.\)](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772011000200013&lng=pt.)
34. Sociedad cubana de enfermería. [Página de Internet]. La Habana: Leonard A, Martínez GE; c2005-2011 [2011 Nov 14; citado 2012 Nov 3]. Disponible en: <http://www.enfermeriahabana.sld.cu/reflexionando.html>
35. Gutiérrez P. La humanización de la medicina. *Educ. méd.* [Revista electrónica]. 2006 [citado 8 nov 2012]; 9(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132006000600014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000600014)
36. Urra E, Jana A, García M. Algunos Aspectos Esenciales del Pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Cienc. enferm.* [Revista electrónica]. Dic 2011 [citado 13 nov 2012]; 17(3): 11-22. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es). doi: 10.4067/S0717-95532011000300002

37. Fernández M. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería: Modelos y Teorías en Enfermería. Modelo de Madeleine Leininger. [Artículo de internet]. Universidad de Cantabria. [Citado 27 nov 12] Disponible en: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(IV\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(IV).pdf)
38. Mínguez J. Antropología de los cuidados. [Artículo de revista]. Universidad de Alicante. 2000; Vol. 4 (7-8): p. 102-103. Disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5090/1/CC\\_07-08\\_12.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5090/1/CC_07-08_12.pdf)
39. Pereira R, Venícios M, Leite T, Gimenez M. Aplicación del modelo de adaptación de Roy a un cliente pediátrico en el ambiente hospitalario. Cul Cuid [Revista electrónica]. 2011 [Citado nov 2012]; 16(29), 74-81. Disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17455/1/Cultura\\_Cuidados\\_29\\_08.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17455/1/Cultura_Cuidados_29_08.pdf)
40. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country [Artículo de internet]. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Octubre2007. [Citado 8 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf>
41. Llunch CM. Enfermería Psicosocial y de la Salud Mental: Marco conceptual y metodológico. 1ª ed. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2004.
42. Lazerowits M, Ambrose A. Necesidad y filosofía. 1º ed. México, DF: Universidad nacional autónoma de México; 1985.
43. Armstrong D. La percepción y el mundo físico. Madrid: editorial Tecnos; 1996.
44. Merlau-Ponty M. Fenomenología de la Percepción. 1º ed. México: Fondo de cultura económica de México; 1957.

45. Gomez O, Daza L, Zambrano V. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. *Av.enferm.* [revista electrónica]. 2008 [citado 11 dic 12]; 26(1): [aprox. 85-96]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a09.pdf>
46. Romero-Massa E, Contreras-Méndez I, Pérez-Pájaro Y, Moncada A, Jiménez-Zamora V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. *Rev.cienc.biomed.* 2013 [Citado 03 ene 14]; 4(1): [60-68 p]. Disponible en: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/article/view/252/197>
47. Espinoza ML, Huerta, BK, Pantoja QJ, Velásquez CW, Cubas CD, Ramos VA. El cuidado humanizado y la percepción del paciente. 2010. [Citado 06 ene 2014] Disponible en: [http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista\\_13\\_Esp\\_05.pdf](http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.pdf)
48. Camargo I, Caro C. Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales enfermería: evidencias para la cualificación profesional. Provincia de Coclé, Panamá. *Av. Enferm* [Revista electrónica]. 2009 [Citado ene 2014]; 27(1): 48-59. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12954/13549>
49. Rivera AL, Triana A, Espitia S. Validez de contenido y validez facial del instrumento, “percepción del cuidado humanizado de enfermería” [artículo de investigación]. Colombia. De próxima aparición s.f.
50. Aguilara L, Araneda L, González-Hernández J, Oporto S, Vásquez M, Von Bernhardt R. Normalización del “Mini-Mental State Examination” según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Rev. Memoriza* [Revista electrónica]. 2009. [citado 18 May 2013]; Vol (3):23-34. Disponible en: [http://www.memoriza.com/documentos/revista/2009/minimental2009\\_3\\_23-34.pdf](http://www.memoriza.com/documentos/revista/2009/minimental2009_3_23-34.pdf)
51. Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev. méd. Chile* [Revista electrónica]. Abr 2004 [citado 20 may 2013]; 132(4): 467-478. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004000400009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000400009&lng=es). doi: 10.4067/S0034-98872004000400009.

52. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Módulos de valoración clínica: evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor [Documento en línea]. [Citado 20 Mayo 2013]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>
53. Valverde C. Comunicación Terapéutica en Enfermería. 1ª edición. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007.
54. Celina H, Campo A. Aproximación al uso del coeficiente del alfa de Cronbach. Rev Colomb Psiquiatr [revista electrónica]. 2005 [Citado el 28 ene. 14]; 34(4):572-580. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>

# ANEXOS

**PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) SEGUNDA VERSIÓN**

**Apreciado Señor(a):** A continuación le presentamos un Cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de Enfermería. En cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponde, a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.

ITEM	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Le hacen sentir como ser humano.				
2. Son amables en el trato.				
3. Muestran interés por brindarle comodidad física.				
4. Cuando le hablan no lo miran a los ojos.				
5. Toman tiempo para aclararle las inquietudes.				
6. Cuando se dirigen a usted se siente cuidado(a).				
7. La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo(a).				
8. El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza.				
9. Facilitan el diálogo.				
10. Olvidan explicarle anticipadamente los procedimientos.				
11. Responden a sus preguntas con seguridad				
12. El personal de enfermería no informa su nombre antes de realizarle los cuidados.				
13. Le dedican el tiempo necesario.				
14. Dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna.				
15. El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados.				
16. No le llaman por el nombre.				
17. Se muestran respetuosas (os) con sus creencias y valores.				

18. Atienden sus necesidades básicas (Baño, eliminación, alimentación), oportunamente.				
19. Le proporcionan información oportuna y suficiente para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.				
20. El personal de enfermería está pendiente de usted.				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.				
22. Responden con lentitud al llamado.				
23. Identifican sus necesidades de tipo: físico, psicológico y espiritual.				
24. Le escuchan atentamente.				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.				
26. Su cuidado es cálido y delicado.				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico.				
28. Su cuidado es responsable.				
29. Respetan sus decisiones.				
30. Le animan para que las(os) llame en caso de que necesite algo.				
31. Irrespetan su intimidad				
32. Le administran el tratamiento prescrito a tiempo.				

En este espacio señale aquellos comportamientos de la enfermera(o) que a su modo de ver son importantes para su cuidado y, que no se mostraron en la encuesta -----

-----

-----GRACIAS  
Instrumento elaborado y validado por Sonia Espitia, Álvaro Triana y Luz Nelly Rivera. Departamento de Enfermería, Clínica del Country. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia, 2010.

ANEXO 2: Instrumento PCHE 2ª Versión, Modificado para Chile

**PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) SEGUNDA VERSIÓN**

**Estimado Señor(a):** A continuación le presentamos un Cuestionario que describe los comportamientos de cuidado de la/el Enfermera/o. En cada afirmación, marque con una X la respuesta que, según su percepción, corresponde a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.

ITEM	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Le hacen sentir como ser humano.				
2. Son amables en el trato.				
3. Muestran interés por brindarle comodidad física.				
4. Cuando le hablan no lo miran a los ojos.				
5. Toman tiempo para aclararle las inquietudes.				
6. Cuando se dirigen a usted se siente cuidado(a).				
7. La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo(a).				
8. El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza.				
9. Facilitan el diálogo.				
10. Olvidan explicarle anticipadamente los procedimientos.				
11. Responden a sus preguntas con seguridad				
12. El personal de enfermería no informa de su nombre antes de realizarle los cuidados.				
13. Le dedican el tiempo necesario.				
14. Dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna.				
15. El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados.				
16. No le llaman por el nombre.				
17. Se muestran respetuosas (os) con sus creencias y valores.				

18. Atienden sus necesidades básicas (Baño, eliminación, alimentación), oportunamente.				
19. Le proporcionan información oportuna y suficiente para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.				
20. El personal de enfermería está pendiente de usted.				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.				
22. Responden con lentitud al llamado.				
23. Identifican sus necesidades de tipo: físico, psicológico y espiritual.				
24. Le escuchan atentamente.				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.				
26. Su cuidado es cálido y delicado.				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico.				
28. Su cuidado es responsable.				
29. Respetan sus decisiones.				
30. Le animan para que las(os) llame en caso de que necesite algo.				
31. No respetan su intimidad				
32. Le administran el tratamiento prescrito a tiempo.				

En este espacio señale aquellos comportamientos de la enfermera(o) que a su modo de ver son importantes para su cuidado y, que no se mostraron en la encuesta -----

----- GRACIAS  
Instrumento elaborado y validado por Sonia Espitia, Álvaro Triana y Luz Nelly Rivera. Departamento de Enfermería, Clínica del Country. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia, 2010.

Viña del Mar, 19 de Agosto de 2013

**Informe sobre la adecuación lingüística del Cuestionario “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE). Segunda versión”**

A quien corresponda,

Una vez leído y analizado el cuestionario PCHE en mi calidad de experta en lingüística española, certifico que dicho documento, si bien fue escrito por hablantes del español de Colombia, está redactado en una variedad de lengua estándar y, por tanto, su aplicación en el contexto chileno no entrañaría dificultades de comprensión para un hablante de la variante del español de Chile.

No obstante, a continuación enumero una serie de expresiones lingüísticas que, si bien resultan comprensibles para un hablante chileno, no se adecúan totalmente a las normas gramaticales y de uso del español de Chile.

Línea 1. *“Apreciado Señor(a)”*: Esta fórmula de cortesía no es común en Chile. Se aconseja ser remplazada en el texto por *“Estimado señor(a)”* o explicada a la hora de aplicar el cuestionario.

Línea 3. *“En cada afirmación [...] hospitalización”*. Esta oración presenta una puntuación deficiente. La puntuación correcta es *“En cada afirmación, marque con una X la respuesta que, según su percepción, corresponde a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización”*

Ítem 12. *“El personal de enfermería no informa su nombre antes de realizar los cuidados”*. Esta oración presenta un error gramatical, puesto que el verbo informar rige la preposición *de*. La expresión correcta es *“El personal de enfermería no informa de su nombre antes de realizar los cuidados”*.

Ítem 31. *"Irrespetan su intimidad"*. El verbo irrespetar, según el diccionario de la Real Academia Española, es correcto en Panamá, Colombia y Venezuela. Sin embargo, a pesar de que su uso no está extendido en Chile, su significado se entiende en el contexto de la frase, ya que todo hablante nativo del español conoce el significado del prefijo in-/i- con valor de negación. Se aconseja reemplazar por *"No respetan su intimidad"* o explicar a la hora de aplicar el cuestionario.

Espero que este informe sea de utilidad al momento de tomar su decisión.

Sin otro asunto, me despido atentamente.



Sabela Fernández Silva

RUT: 23761034-2

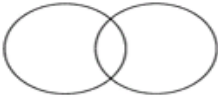
Doctora en Lingüística Aplicada, Universidad Pompeu Fabra (España)

Profesora Asociada, Instituto de Literatura y Ciencias del Lenguaje

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

ANEXO 4: Minimental abreviado

**EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)**

<p><b>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Anote un punto por cada respuesta correcta</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%;">BIEN</th> <th style="width: 10%;">MAL</th> <th style="width: 10%;">N.S</th> <th style="width: 10%;">N.R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>N.S = No sabe N.R = No responde</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		BIEN	MAL	N.S	N.R	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BIEN	MAL	N.S	N.R																						
Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p><b>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 15%;">CORRECTA</th> <th style="width: 15%;">NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Avión .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Número de repeticiones .....</p>		CORRECTA	NO SABE	Arbol .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Mesa .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Avión .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>													
	CORRECTA	NO SABE																								
Arbol .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																								
Mesa .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																								
Avión .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																								
<p><b>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</b></p> <p style="text-align: center;">1      3      5      7      9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>N° de dígitos en el orden correcto <span style="font-size: 2em;">↓</span></p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	Respuesta Entrevistado	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Respuesta Correcta	9	7	5	3	1													
Respuesta Entrevistado	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																					
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																					
<p><b>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Entreguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p> </div>	<p>Ninguna acción ..... 0</p> <p style="text-align: right;">Correcto</p> <p>Toma papel con la mano derecha .....</p> <p>Dobla por la mitad con ambas manos .....</p> <p>Coloca sobre las piernas .....</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																									
<p><b>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 15%;">CORRECTO</th> <th style="width: 15%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 10%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Avión .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR	Arbol .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Mesa .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Avión .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>									
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
Arbol .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																							
Mesa .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																							
Avión .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																							
<p><b>6. Por favor copie este dibujo:</b></p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad.</p> <p>Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="width: 33%;">CORRECTO</th> <th style="width: 33%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 15%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR		<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																	
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																							
<p><b>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</b></p>	<p style="text-align: right;">Suma total = <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><b>El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos.</b></p> <p style="text-align: center;">Normal = <math>\geq 14</math>    Alterado = <math>\leq 13</math></p>																									

ANEXO 5: Informe de aprobación comité científico Hospital Carlos Van Buren



**COMITE CIENTIFICO  
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN**

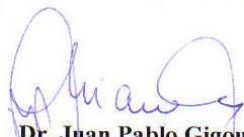
Valparaíso 23 julio 2013

Dra.  
Claudia Cartagena Salinas  
Encargada Sección Investigación  
Oficina de Gestión Docente  
Hospital Carlos Van Buren  
Presente

Tenemos el agrado de saludar e informar a Ud. que en reunión del Comité Científico del día de hoy, hemos aprobado el seminario de tesis **“Percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería en atención cerrada”** a realizar por los alumnos de la carrera de Enfermería: D. Karina Acevedo Meza, Cristian Acosta Cárcamo, Constanza Cantarutti Arévalo, Yina Cortez Herrera, Carla Menares Arancibia y Patricia Uribe Villalón., bajo la supervisión de la Profesora Guía Sra. Lorena Betancourt.

Se solicitó explicitar en el título del seminario los servicios clínicos de atención cerrada donde se aplicara el estudio.

Saluda atentamente a Ud.

  
**Dr. Juan Pablo Gigoux**  
Presidente Comité Científico  
Hospital Carlos Van Buren



Ref.: Memo N° 31  
19.07.2013

ANEXO 6: Carta de aprobación Comité ético científico SSVSA



SERVICIO DE SALUD  
VALPARAISO SAN ANTONIO  
COMITÉ DE EVALUACIÓN  
ÉTICO CIENTÍFICO  
EDLCR/MJG/Int. N°70

141907-10-13

ORD.:  
ANT.: Tesis Cuidado Humanizado  
MAT.: Aprobación Tesis

DE: EUGENIO DE LA CERDA RODRIGUEZ  
DIRECTOR DEL SERVICIO SALUD  
VALPARAISO- SAN ANTONIO

A: SRA. LORENA BETTANCOURT  
COORDINADORA TESIS  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

En referencia al Estudio "Estudio Exploratorio para Conocer Percepción de las personas sobre los comportamientos de Cuidado Humanizado proporcionados por profesionales de Enfermería en Atención cerrada", el Comité de Evaluación Ético Científico del SSVSA ha realizado una revisión de los antecedentes entregados y aprueba con fecha 3 de octubre 2013.

Docente INVESTIGADOR PRINCIPAL : Lorena Bettancourt Vega  
PATROCINADOR : Universidad de Valparaíso  
CENTRO A REALIZARSE : Hospital Carlos van Buren  
PRESENTADO A EVALUACIÓN: 19 DE JULIO 2013  
REVISADO POR : Comité Ético Científico SSVSA.  
SE RESUELVE APROBADO DE ACUERDO A LAS NORMAS VIGENTES PARA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS: 3 DE OCTUBRE 2013.

SE RECUERDA QUE ES EL DIRECTOR DEL CENTRO AL QUE SE POSTULA LA TESIS QUIEN DEBE AUTORIZAR Y ENVIAR UNA NOTA DE RESPALDO A ESTE COMITÉ.  
SE HACE MENCIÓN QUE SE APRUEBA TESIS EN CALIDAD DE ESTUDIO EXPLORATORIO Y SUGIERE CAMBIAR A POSITIVO PREGUNTAS N°4, 12 y 16 DE LA ENCUESTA.

MIEMBROS DEL COMITÉ ETICO CIENTÍFICO

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Dr. Fernando Weiss Vega           | Presidente, Odontólogo           |
| 2. Dr. Rodrigo Vergara Fisher        | Pediatra                         |
| 3. Sra. Viviana Ampuero Vega         | Enfermera                        |
| 4. Sr. Javier Valenzuela Clavero     | Abogado                          |
| 5. Sra. Ana María Valdebenito Rivera | Químico Farmacéutico             |
| 6. Dra. Mariana Cubillos Gómez       | Secretaria Ejecutiva, Odontóloga |
| 7. Srta. Evelyn Quezada Collao       | Administrativa                   |
| 8. Srta. Edith Cuadra Aravena        | Secretaria                       |
| 9. Sr. Luis Jiménez Díaz             | Psicólogo                        |
| 10. Sr. Octavio Guzmán Aguilera      | Asistente Social.                |



Saluda atentamente a Usted.  
*Eugenio de la Cerda Rodríguez*  
EUGENIO DE LA CERDA RODRIGUEZ  
DIRECTOR DEL SERVICIO SALUD  
VALPARAISO SAN ANTONIO

**DISTRIBUCIÓN:**

- ◆ Director Hospital Carlos van Buren
- ◆ Archivo CEEC SSVSA
- ◆ Oficina de partes
- ◆ c.c. Unidad Bioética MINSAL
- ◆ c.c. SEREMI Salud Región Valparaíso /Unidad Bioética



## **APROBACIÓN DE DOCUMENTOS**

El Comité Ético científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, Asesor del Director del Servicio de Salud, Eugenio de la Cerda Rodríguez y presidido por Fernando Weiss Vega Presidente, certifica haber recibido documentos del Estudio Titulado:

**"Estudio exploratorio para conocer percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería en atención cerrada"**

**POR LO TANTO, ESTE COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO APRUEBA CON FECHA 3 DE OCTUBRE 2013, LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:**

1. Protocolo del Estudio en Español.
2. Resumen del Investigator
3. Valor Social del Estudio.
4. Formulario de Información y Consentimiento Informado para Pacientes
5. Documento firmado por Investigador que certifica conocer y respetar normativa vigente nacional para la IBSH , Declaración de Helsinki, Pautas Éticas Internacionales y Normas de Buenas Prácticas Clínicas
6. Curriculum Vitae del Investigador
7. Carta del Coordinador del Centro de Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso para prestar apoyo psicológico a participantes en la de Investigación
8. Carta de Patrocinio Universidad de Valparaíso.

**FERNANDO WEISS VEGA  
PRESIDENTE CEEC SERVICIO SALUD  
VALPARAISO- SAN ANTONIO**



**CERTIFICADO**

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, resuelve aprobada, con fecha 3 de octubre 2013, la Tesis de Estudio para optar al grado de Licenciatura en Enfermería, titulado:

"Estudio exploratorio para conocer percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería en atención cerrada"

Coordinadora de Tesis: LORENA BETTANCOURT ORTEGA  
Patrocinador: UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

Estando presente los siguientes integrantes:

INTEGRANTES CEEC	APRUEBA	RECHAZA
Dr. Rodrigo Vergara Fisher		
Q.F. Ana María Valdebenito		
Dra. Mariana Cubillos Gómez		
Dr. Fernando Weiss Vega		
Sra. Viviana Ampuero Vega		
Sra. Edith Cuadra Aravena		
Sr. Javier Valenzuela Clavero		
Sr. Luis Jiménez Díaz		
Sr. Octavio Guzmán Aguilera		
Srta. Evelyn Quezada Collao (Permiso posnatal)		

**EUGENIO DE LA CERDA RODRIGUEZ  
DIRECTOR DEL SERVICIO SALUD  
VALPARAISO SAN ANTONIO**



VALPARAISO, 03 de octubre 2013

### **DECLARACION DE CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS**

Este Comité de Evaluación Ética Científica del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, está organizado, actúa y emite sus dictámenes en pleno acuerdo con la Declaración de Helsinki (1964 y sus modificaciones de 1975,1983,1989,1996,2000,2002,2004 y 2008), con las Normas de la "Buena Práctica Clínica" (GCP) establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO) 1996, la Harmonized Tripartite Guidelines for Good Clinical Practice (1996), por las Normas Éticas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas con sujetos humanos (Organización Panamericana de la Salud y por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1996, las Operational Guidelines for Ethics Comités that Review, Biomedical Research (WHO, 2000) y por las Regulaciones Nacionales (Norma Técnica nº 57 del 04 de junio de 2001, del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile: Regulación de la ejecución de ensayos clínicos que utilizan productos farmacéuticos en seres humanos).

**DR. FERNADO WEISS VEGA**  
**PRESIDENTE CEEC**  
**SERVICIO SALUD VALPARAISO- SAN ANTONIO**

ANEXO 7: Autorización de utilización de Campo Clínico

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD  
VALPARAISO - SAN ANTONIO  
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN  
OFICINA GESTIÓN DOCENTE  
Dr. CCS/ bsa

MEMORANDUM: N° 32

Valparaíso, 19 de Julio 2013.

DE: DRA. CLAUDIA CARTAGENA SALINAS  
ENCARGADA SECCIÓN INVESTIGACIÓN  
OFICINA DE GESTIÓN DOCENTE  
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

A: E.U. KATTY YUNISSE  
SUB-DIRECTORA GESTIÓN DEL CUIDADO  
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Se adjunta solicitud para realizar trabajo de Investigación "**Percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería en atención cerrada**", a realizarlo por los estudiantes de Enfermería D. Karina Acevedo Meza, Cristian Acosta Cárcamo, Constanza Cantarutti Arévalo, Yina Cortez herrera, Carla Menares Arancibia y Patricia Uribe Villalón, de nuestro Establecimiento, con el fin de tener su beneplácito o no para su realización.

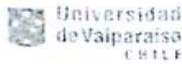
Saluda Atentamente a Usted.

DRA. CLAUDIA CARTAGENA SALINAS  
ENCARGADA SECCIÓN INVESTIGACIÓN  
OFICINA DE GESTIÓN DOCENTE HCVB



Distribución:  
- Archivo OCD e Inv. HCVB

## ANEXO 8: Consentimiento informado y ficha de consentimiento para pacientes



03 OCT 2013



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

El propósito de este documento es invitarlo a participar en el estudio llamado "Estudio exploratorio para conocer la percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería en atención cerrada, en la ciudad de Valparaíso, en el año 2013", cuyo investigador principal es Lorena Paola Bettancourt Ortega, enfermera docente de la Universidad de Valparaíso.

El Objetivo de este estudio es conocer la percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería en atención cerrada en la ciudad de Valparaíso durante el segundo semestre del 2013.


Se define como cuidado humanizado, la atención de enfermería que otorga un buen trato, considera los valores y creencias de las personas, con una comunicación honesta y conocimiento científico, para entregar cuidados integrales y de calidad. Un profesional que entrega un cuidado humanizado, se preocupa de las personas en todos los ámbitos que sean necesarios para mejorar su salud.

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

1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación. La investigación se realizará en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso durante el segundo semestre del año 2013.
2. Relevancia del estudio y beneficios: En Chile el desarrollo del cuidado de enfermería ha llevado a dar mayor importancia a la persona y a su relación con la enfermera. Al conocer lo que usted percibe respecto a los cuidados entregados por los enfermeros, se podrá satisfacer en mayor medida sus necesidades en salud.
3. En cuanto a los beneficios, usted contribuirá a generar conocimientos sobre la percepción de las personas en relación a los cuidados entregados por la enfermera, considerando que su función principal es la satisfacción de la necesidad de cuidados de las personas atendidas.
4. En qué consiste su participación: Este estudio requiere la aplicación de un Cuestionario a toda persona mayor de 18 años, hospitalizada por un periodo mínimo de 72 horas, que no se encuentre incapacitado física o mentalmente para responderlo y que haya firmado previamente el consentimiento informado. Este instrumento consta de 32 preguntas que se responden desde "nunca" percibido a "siempre" percibido, y no tomará más de 15 a 20 minutos de su tiempo. Su participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento si así lo desea, para ello debe comunicarlo al investigador principal. Esta acción no representará ningún daño ni represalias en su atención de salud.
5. Riesgos: Este estudio no representa riesgo físico para su salud ya que no se realizarán intervenciones ni procedimientos. Si este estudio generara algún malestar emocional o psicológico, se entregará asistencia gratuita mediante psicoterapia por parte de psicólogos de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, siempre que su médico lo considere importante para usted.

03 OCT 2013

6. Costos y pagos: Responder este instrumento no tiene ningún costo asociado para usted, cualquier gasto generado a partir de este estudio será asumido en su totalidad por los investigadores. Del mismo modo no existirá retribución de dinero ni de otro tipo por participar de esta investigación.
7. Derechos del participante. Usted tiene derecho a manifestar cualquier duda que presente en el momento de la aplicación del instrumento o después. En tal caso, puede llamar a Lorena Bettancourt Ortega, investigador principal, al número 0322507443 o escribir al correo [macubac.2012@gmail.com](mailto:macubac.2012@gmail.com).
8. Reserva de la identidad del participante: En ningún caso su nombre será revelado, garantizándole total anonimato.
9. Confidencialidad de los datos: Sus respuestas serán manejadas de manera reservada y sólo por los investigadores, para su análisis estadístico y elaboración de conclusiones generales. Su resguardo estará a cargo del investigador principal, quien guardará el instrumento y el consentimiento por separado, para así no relacionar su nombre con las respuestas. Todo esto en su oficina, bajo llave, sólo con acceso del investigador.
10. Utilización y Publicación de los hallazgos: Eventualmente los resultados de la investigación podrán ser divulgados mediante una publicación de carácter científico o académico y pueden ser o no mencionados en otras publicaciones, siempre y cuando no se alejen del eje principal de este estudio, en cuyo caso tampoco se divulgará su identidad ni datos personales.
11. Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación fue evaluada por el Comité Ético y Científico del Hospital Carlos van Buren y del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Si usted lo requiriera, puede contactar al comité a través de la Srta. Mariana Cubillos G. fono: 2576581. Si acepta participar, recibirá un ejemplar de este documento, firmado por el investigador:

  
Lorena Bettancourt Ortega  
Teléfono: 0322507443  
Mail: [lorena.bettancourt@uv.cl](mailto:lorena.bettancourt@uv.cl)

Nombre, Apellidos, Rut y firma

Valparaíso, ... de ..... De 2013



## FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Yo \_\_\_\_\_ he leído este consentimiento informado y he tenido el tiempo de hacer las preguntas que conciernen a mi participación en el estudio "Estudio exploratorio para conocer la percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería en atención cerrada, en la ciudad de Valparaíso, en el año 2013", a cargo de la investigadora principal Lorena Paola Bettancourt Ortega, y cuyo objetivo es conocer la percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería, además, entiendo que si me surgiera alguna duda durante el transcurso de la investigación, podré consultarla a la investigadora

Declaro entender que mi participación es completamente voluntaria y reservo el derecho a negarme y/o cesar mi colaboración cuando así lo determine, sin consecuencias ni represalias. Entiendo que se me aplicará un cuestionario y que toda información que yo entregue será confidencial, sin revelar mi nombre ni asociarlo al contenido del cuestionario. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo científicas o académicas, resguardando mi identidad. También, tendré derecho a conocer los resultados del estudio

Entiendo que este estudio no representa riesgo físico alguno para mí y que, en caso de que se me genere algún malestar de tipo emocional o psicológico, tendré la opción de recibir asistencia mediante psicoterapia por parte de psicólogos de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, siempre que mi médico tratante lo considere importante para mí.

Reconozco que ningún beneficio económico está asociado a mi participación en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.

De acuerdo a lo declarado por mí, acepto participar en este estudio.

.....  
Nombre y Firma Participante

RUT:

  
.....  
Nombre RUT y Firma Investigador

RUT:

Valparaíso, ... de ..... de 2013



ANEXO 9: Acuerdo de recepción y uso del instrumento PCHE

**ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL  
Instrumento: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de  
Enfermería PCHE- Clinicountry.**

Con el presente acuerdo las(os) receptoras(es) del INSTRUMENTO: **Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry.**

Reciben autorización para su uso en la Investigación: "Percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería en un centro de atención cerrada en la región de Valparaíso, Chile, durante el primer semestre del año 2013."-por parte de los autores del mismo de acuerdo con los parámetros abajo pactados:

1. El Instrumento: "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry**", se realiza bajo el auspicio del

Departamento de Enfermería de la Clínica del Country, Bogotá-Colombia y de autoría de los enfermeros Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana.

2. Las(os) receptoras(es) del instrumento, Enfermeras(os):

Prof. Lorena Paola Bettancourt Ortega docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, Chile y  
Estudiantes de Enfermería: Karina Andrea Acevedo Meza, Cristian Andrés Acosta Cárcamo, Constanza Isabel Cantarutti Arévalo, Yina Cristy Cortez Herrera, Carla Gabriela Menares Arancibia, Patricia Andrea Uribe Villalón; se comprometen a citar el origen del Instrumento "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry**" en cualquier informe, publicación o evento en el que se utilice.

3. El instrumento: "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry**", es cedido con el propósito académico e investigativo, y excluye cualquier utilización comercial.

4. Cualquier modificación en el instrumento: "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry**" debe ser autorizado por los autores del instrumento.

5. Los resultados del uso del instrumento: "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry**", serán entregados de forma escrita y detallada, al finalizar la investigación, "Percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería en un centro de atención cerrada en la región de Valparaíso, Chile, durante el segundo semestre del año 2013.", a los autores del instrumento.

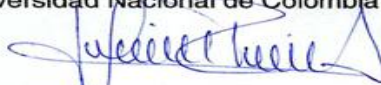
6. La firma de este documento compromete ética y legalmente a las partes.

Dado en Bogotá, y Valparaíso el 07 de noviembre de 2012.

Firman en conformidad:

**En calidad de autores:**

LUZ NELLY RIVERA ALVAREZ  
Profesora asociada Facultad de enfermería Facultad de enfermería  
Universidad Nacional de Colombia



ALVARO TRIANA  
Enfermero jefe Clínica del Country  
Bogotá-Colombia

**En calidad de investigadores:**

KARINA ANDREA ACEVEDO MEZA  
Estudiante de enfermería, Escuela de Enfermería  
Universidad de Valparaíso, Chile.



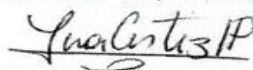
CRISTIAN ANDRES ACOSTA CARCAMO  
Estudiante de enfermería, Escuela de Enfermería  
Universidad de Valparaíso, Chile.



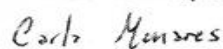
CONSTANZA ISABEL CANTARUTTI AREVALO  
Estudiante de enfermería, Escuela de Enfermería  
Universidad de Valparaíso, Chile.



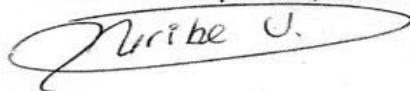
YINA CRISTY CORTEZ HERRERA  
Estudiante de enfermería, Escuela de Enfermería  
Universidad de Valparaíso, Chile.



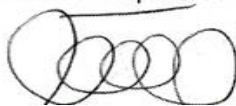
CARLA GABRIELA MENARES ARANCIBIA  
Estudiante de enfermería, Escuela de Enfermería  
Universidad de Valparaíso, Chile



PATRICIA ANDREA URIBE VILLALÓN  
Estudiante de enfermería, Escuela de Enfermería  
Universidad de Valparaíso, Chile.



Prof. LORENA PAOLA BETTANCOURT ORTEGA  
Docente asesor de Tesis, Escuela de Enfermería  
Universidad de Valparaíso



## ANEXO 10: Carta Compromiso de atención CAPSI



Valparaíso, Mayo de 2013  
CN° 06-2013

Señores  
Comité de Ética  
Servicio de Salud  
Valparaíso-San Antonio.  
Presente

**Atte:** Ps. Javier Moran Kneer  
Coordinador Centro de Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso.

**Ref:** Informa apoyo de proceso de investigación de pregrado para Seminario de Título. Universidad de Valparaíso.

Por medio del presente, se informa a este comité que el Centro de Psicología Clínica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de esta Universidad, dispone y ofrece el servicio de psicoterapia gratuita a todos aquellos casos que requieran de atención terapéutica que fuesen pesquisados a lo largo de cualquier proceso de investigación que esta Escuela lleve a cabo.

En particular a este caso, la entidad de CAPSI se compromete a extender este servicio, a aquellas personas que durante el estudio pudieran presentar algún tipo de malestar emocional y/o psicológico causado por el estrés al que podrían exponerse los participantes al responder las preguntas del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería", encuesta perteneciente al proceso de investigación sobre "Percepción de las personas sobre los comportamientos de cuidado humanizado proporcionados por profesionales de enfermería en atención cerrada."

Dicha investigación, está siendo ejecutada un grupo de estudiante de la Escuela de Enfermería. Los estudiantes investigadores son Karina Acevedo Meza, Cristian Acosta Cárcamo, Constanza Cantarutti Arévalo, Yina Cortez Herrera, Carla Menares Arancibia y Patricia Uribe Villalón, a cargo de la Docente Guía EU. Lorena Bettanini Ortega.

Sin otro particular.



Prof. Roberto Chiang Sánchez  
Director  
Escuela de Psicología



Ps. Javier Moran Kneer  
Coordinador Centro de Atención C.A.P.S.I.

c.c.: archivo

# ANEXO DE TABLAS

## ANEXO 11

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta N° 7

P7	Frecuencia	%	% Acumulado
Nunca	3	2.17	2.17
Algunas veces	3	2.17	4.35
Casi siempre	14	10.14	14.49
Siempre	118	85.51	100.00
Total	138	100.00	

## ANEXO 12

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta N° 21

P21	Frecuencia	%	% Acumulado
Nunca	12	8.70	8.70
Algunas veces	15	10.87	19.57
Casi siempre	14	10.14	29.71
Siempre	97	70.29	100.00
Total	138	100.00	

## ANEXO 13

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta N° 18

P18	Frecuencia	%	% Acumulado
Nunca	7	5.07	5.07
Algunas veces	5	3.62	8.70
Casi siempre	10	7.25	15.94
Siempre	116	84.06	100.00
Total	138	100.00	

## ANEXO 14

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta N° 4

P4	Frecuencia	%	% Acumulado
Nunca	4	2.90	2.90
Algunas veces	11	7.97	10.87
Casi siempre	26	18.84	29.71
Siempre	97	70.29	100.00
Total	138	100.00	

## ANEXO 15

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n°15

P15	Frecuencia	%	% Acumulado
Nunca	1	0.72	0.72
Algunas veces	8	5.80	6.52
Casi siempre	13	9.42	15.94
Siempre	116	84.06	100.00
Total	138	100.00	

## ANEXO 16

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n°12

P12	Frecuencia	%	% Acumulado
Nunca	75	54.35	54.35
Algunas veces	18	13.04	67.39
Casi siempre	20	14.49	81.88
Siempre	25	18.12	100.00
Total	138	100.00	

## ANEXO 17

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n°32

P32	Frecuencia	%	% Acumulado
Nunca	1	0.72	0.72
Algunas veces	2	1.45	2.17
Casi siempre	5	3.62	5.80
Siempre	130	94.20	100.00
Total	138	100.00	

## ANEXO 18

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n°22

P22	Frecuencia	%	% Acumulado
Nunca	70	50.72	50.72
Algunas veces	36	26.09	76.81
Casi siempre	17	12.32	89.13
Siempre	15	10.87	100.00
Total	138	100.00	

## ANEXO 19

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n° 11

P11	Frecuencia	%	% Acumulada
Nunca	3	2.17	2.17
Algunas veces	12	8.70	10.87
Casi siempre	16	11.59	22.46
Siempre	107	77.54	100.00
Total	138	100.00	

## ANEXO 20

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n° 19

P19	Frecuencia	%	% Acumulado
Nunca	12	8.70	8.70
Algunas veces	12	8.70	17.39
Casi siempre	17	12.32	29.71
Siempre	97	70.29	100.00
Total	138	100.00	

## ANEXO 21

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n° 17

P17	Frecuencia	%	% Acumulado
Nunca	1	0.72	0.72
Algunas veces	4	2.90	3.62
Casi siempre	6	4.35	7.97
Siempre	127	92.03	100.00
Total	138	100.00	

## ANEXO 22

Tabla de frecuencia y porcentaje pregunta n°31

P31	Frecuencia	%	% Acumulado
Nunca	106	76.81	76.81
Algunas veces	8	5.80	82.61
Casi siempre	5	3.62	86.23
Siempre	19	13.77	100.00
Total	138	100.00	