UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
Dirección de Postgrado
Facultad de Enfermería
Programa Doctorado en Enfermería

INDICADORES DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALES DE LA REGIÓN DEL BIO BÍO, CHILE

POR ANGÉLICA BEATRIZ MELITA RODRÍGUEZ

Tesis Presentada a la Facultad de Enfermería Para Optar al Grado de
Doctor en Enfermería

Profesora Tutora: Dra. Patricia Jara Concha
Profesora Co-Tutora: Dra. Maria Guadalupe Moreno Monsiváis

Julio, 2018 Concepción, Chile

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Doctorado en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesora Tutora Dra. Patricia Jara Concha

_____
Profesora Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería

Profesora Co-Tutora Dra. Maria Guadalupe Moreno Monsiváis

_____
Profesora Titular Facultad de Enfermería,
Universidad Autónoma de Nuevo León, México
Doctora en Enfermería

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Dra. Patricia Jara Concha

_____
Profesora Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería

Dra. Sandra Valenzuela Suazo

_____
Profesora Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería

Dra. Margarita Poblete Troncoso

_____
Profesora Adjunta Universidad Católica del Maule
Doctora en Enfermería

Dra. María Elisa Moreno Fergusson

_____
Profesora Titular Universidad La Sabana, Colombia
Doctora en Enfermería

Directora Programa: Dra. Alide Salazar Molina

_____
Profesora Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería

A mi esposo amado, compañero de aventuras y apoyo constante durante este proceso, a nuestros hijos, quienes tuvieron que comprender lo que implica conseguir una meta y objetivo, a mis padres y hermana que siempre estuvieron conmigo en este caminar.

AGRADECIMIENTOS

Antes de todo agradecer a Dios, quien ha guiado mi caminar y me ha acompañado en todo momento.

A la Universidad de Concepción, por generar la instancia de perfeccionamiento de sus académicos, lo cual permitió que yo pudiera optar a una beca de estudio, beneficio necesario para el logro de esta gran meta.

A la Doctora Vivian Jofré Aravena, Decana de la Facultad de Enfermería, por estimularme a comenzar esta aventura y por el apoyo brindado en la obtención de la beca Universidad de Concepción, la cual permitió optar a los estudios doctorales.

A la Doctora Patricia Jara Concha, directora del programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción, por gran parte del periodo durante el cual cursé mis estudios doctorales y tutora de tesis, quien siempre confió en mí y me permitió soñar e ir trasformando una idea loca en un proyecto concreto, gracias a su apoyo constante, a sus palabras y cariño en los momentos más difíciles que pasé durante este proceso y en las instancias en que las energías se agotaban.

A la Doctora Sandra Valenzuela Suazo, Directora de Postgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción por gran parte de periodo en que cursé mis estudios doctorales, por el apoyo constante y su orientación en los procesos académicos.

A la Doctora Olivia Sanhueza Alvarado, Directora del Departamento del Adulto y Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, unidad

académica a la cual pertenezco, por favorecer las instancias que permitieron la realización del proceso investigativo.

A Edia Marín secretaria del departamento del Adulto y Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, por su colaboración constante en procesos administrativos y por su alegría que ayudaba a levantar el ánimo en momentos difíciles.

A todas las colegas del departamento del Adulto y Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, por asumir en muchas ocasiones responsabilidades y carga laboral asociada a mi ausencia producto de mis estudios doctorales.

A Andrea Gayoso, secretaria de Postgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, por su apoyo constante, por sus palabras de ánimo y por ser una facilitadora en todos los procesos administrativos que tuve que enfrentar en este proceso.

A la Doctora Marcela Cortez Jofré, presidenta del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, por haber sido siempre muy cordial y orientadora con todo el proceso que implicaba el trabajo investigativo.

A la dirección del Servicio de Salud Talcahuano, del Hospital de Tomé, del Hospital las Higueras de Talcahuano y del hospital de Penco Lirquén, por confiar en este proyecto y permitir las instancias para el desarrollo de éste.

A Gilda Muller, enfermera encargada de la Gestión del Cuidado en el Servicio de Salud Talcahuano, actualmente jubilada, que durante su gestión fue un apoyo constante y fuente de energía para generar proyectos vinculados con esta

investigación en el Servicio de Salud Talcahuano, persona de cual aprendí muchas cosas y actualmente siento profunda admiración.

A la doctora Belén Ortega, académica de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, quien desinteresadamente colaboró en la fase cualitativa de la investigación, enseñándome y entregándome herramientas para poder desarrollar este proceso.

Al Doctor Daniel Pereira Pereira, Académico de la Facultad de Humanidades Y Arte de la Universidad de Concepción, quien me guío y apoyo en un campo del conocimiento que era absolutamente nuevo para mí, gracias a su apoyo constante y desinteresado.

A la Doctora Paula Ceballos Vásquez, académica de la Universidad Católica del Maule, por su colaboración en la fase cualitativa de esta investigación.

Al Magister Luis Luengo Machuca, estadístico y académico de la Universidad de Concepción, quien incluso cedió parte de su tiempo personal para guiar y apoyar este proceso investigativo. Gracias a su paciencia y su visión constantemente positiva de las cosas, que impulsaba a no desanimárseme frente a los obstáculos encontrados.

Al Magíster Oscar González Hernández, académico de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales de Colombia, por su apoyo desinteresado y por su gran generosidad con sus conocimientos y por la bella amistad generada a partir de la investigación.

A la magíster Luz Nelly Rivera enfermera y académica de la Universidad Nacional de Colombia, quien generosamente permitió utilizar su instrumento “PCHE” para poder ser utilizado en esta investigación.

A la Doctora María Guadalupe Moreno académica de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, por la entrega generosa de conocimientos y por su orientación en el proceso académico.

A mi círculo cercano de amigas, fuente constante de apoyo y cariño, muy necesario en todo este proceso.

A mi madre, quien muchas veces me apoyó con mis hijos, en los momentos en que por las demandas académicas no podía estar al cien por ciento con ellos.
A mi padre por el apoyo brindado con mis hijos y sus palabras de preocupación y apoyo en este proceso.

A mi dulce hermana, por su apoyo y amor incondicional, necesario para seguir adelante en este proceso.

A mi esposo amado, compañero constante de aventuras, de sueños y locuras, quien siempre me brindó el animó y apoyo para seguir luchando por este proyecto y meta, por todas las veces que tuvo que ser padre y madre, a mis bellos hijos Tomás y Catalina, por ser comprensivos a pesar de sus cortas edades y por ser fuente de inspiración para este proyecto y de amor para mi vida.

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE ANEXOS v

ÍNDICE DE TABLAS vii

ÍNDICE DE FIGURAS xii

RESUMEN xiii

ABSTRACT xv

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1: PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 4

1.1 Fundamentación del problema como objeto de estudio 4

1.2 Planteamiento del problema de investigación 7

1.3 Propósito 7

1.4 Preguntas de investigación 9

CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL 10

2.1 Marco Conceptual 12

2.1.1 Concepto de dignidad de la persona humana y derechos humanos 12

2.1.2 Concepto de cuidado humanizado 15

2.1.3 Gestión de cuidado 17

2.1.4 Concepto de calidad 19

2.1.5 Indicadores como instrumentos para evaluar calidad 22

2.2 Marco teórico …… 26
2.2.1 Teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson …….. 26
2.2.2 Principales conceptos de la filosofía del cuidado transpersonal …… 27
2.2.3 Factores de cuidado o proceso caritas …….. 30
2.3 Marco empírico …… 32

CAPÍTULO 3: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN …… 41

3.1 Objetivos de investigación …… 41
3.1.1 Objetivos generales ……... 41
3.1.2 Objetivos específicos …… 42
3.2 Variables y categorías ……... 42
3.2.1 Variables etapa cuantitativa de la investigación ……... 42
3.2.2 Otras Variables biosociodemográficas, incluidas en la fase cuantitativa de la investigación …….. 46
3.2.3 Categorías fase cualitativa de la investigación …… 46
3.2.4 Dimensiones y categorías apriorísticas determinadas en un comienzo del estudio y que orientaron el proceso investigativo …… 47
3.2.5 Variables consideradas en la fase cualitativa para la caracterización de la muestra de enfermeras y enfermeros …….. 48

CAPÍTULO 4: DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN …… 49

4.1 Sujeto y método …… 49
4.1.1 Diseño de estudio …….. 49
4.1.2 Método …… 49
4.1.3 Población de Estudio …… 59

4.1.4 Recolección de Datos 63
4.1.5 Control de calidad de los datos 67
4.1.6 Análisis de los datos 70
4.1.7 Aspectos éticos 72

CAPÍTULO 5: RESULTADOS 78

5.1 Fase Cuantitativa 78
5.1.1 Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) según dimensiones del instrumento 93
5.1.2 Relaciones entre PCHE y variables biosociodemográficas 94
5.2 Fase Cualitativa 100
5.2.1 Dimensiones emergidas de los discursos 103
5.2.2 Categorías, subcategorías y propiedades de éstas, emanadas de las dimensiones 113
5.3 Triangulación de la información 129
5.3.1 Triangulación fase cuantitativa y cualitativa de la investigación 130
5.3.2 Resultados de la fase cuantitativa, cualitativa y su enlace con la Teoría 141
5.4 Generación de Indicadores de cuidado humanizado 149
5.4.1 Ficha del Indicador N°1 151
5.4.2 Check List del Indicador N°1 156
5.4.3 Instructivo de llenado del Indicador N°1 158
5.4.4 Ficha del Indicador N°2 164
5.4.5 Check List del Indicador N°2 169
5.4.6 Instructivo de Llenado del Indicador N°2 170

CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN 175

6.1 Fase cuantitativa de la Investigación 175

6.2 Fase cualitativa de la Investigación 182

6.3 Tercera fase de la investigación: generación de indicadores 194

CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES 199

CAPÍTULO 8: LIMITACIONES 204

CAPÍTULO 9: SUGERENCIAS 206

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 211

ANEXOS 229

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A: Acuerdo de recepción y uso de instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3° versión” ….. 229

ANEXO B: Autorización de uso instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3° versión” ……... 232

ANEXO C: Correo electrónico con autorización de autora de instrumento PCHE 235

ANEXO D: Instrumento fase cuantitativa: “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3ª versión” 236

ANEXO E: Instrumento adaptado lingüísticamente y validado para ser aplicado en población Chilena 238

ANEXO F: Operacionalización de variables fase cuantitativa de la investigación 241

ANEXO G: Operacionalización de variables socio laborales de enfermeras(os), en fase cualitativa de la investigación 243

ANEXO H: Carta de autorización comité de ética de la Facultad de Enfermería Universidad de Concepción 244

ANEXO I: Acta de Aprobación Comité Ético Científico Servicio de Salud Talcahuano 245

ANEXO J: Carta de autorización Hospital de Lirquén 247

ANEXO K: Carta de autorización Hospital de Tomé 248

ANEXO L: Carta Autorización Hospital las Higueras 249

ANEXO M: Consentimiento Informado autorizado por el Comité Ético Científico del SSTHNO 251

ANEXO N: Consentimiento informado para enfermeras(os) 256

ANEXO O: Carta y pauta para evaluación de indicadores por parte de los expertos 260
ANEXO P: Check List del Indicador 261
ANEXO Q: Instructivo de llenado del Indicador N°1 263

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1 Estadísticos descriptivos cuestionario: “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería. (PCHE)”. Prueba piloto 81

Tabla 5.2 Correlaciones entre dimensiones del instrumento "PCHE lingüísticamente adecuado para población chilena" y la "Escala de evaluación de la percepción del Cuidado Humanizado brindado por el profesional de enfermería ECH". Prueba piloto 83

Tabla 5.3 Distribución de pacientes por hospital 84

Tabla 5.4 Edad de pacientes por hospital y total 85

Tabla 5.5 Distribución de pacientes por sexo, total y por hospital 85

Tabla 5.6 Distribución de pacientes por Comuna 86

Tabla 5.7 Distribución de pacientes por Servicio Clínico, total y por hospitales 86

Tabla 5.8 Distribución de pacientes según días de hospitalización por Hospital y total 87

Tabla 5.9 Distribución de pacientes según nivel educacional 87

Tabla 5.10 Distribución de pacientes según nivel de ingresos mensual 87

Tabla 5.11. Distribución de pacientes según condición de pareja 88

Tabla 5.12 Resumen de caracterización biosociodemográfica 88

Tabla 5.13 Alfa de Cronbach global y por dimensiones 89

Tabla 5.14 Percepción de Comportamientos de Cuidado humanizado de Enfermería 90

Tabla 5.15 Categorías de PCHE total 90
Tabla 5.16 Promedio de PCHE por Hospital 91
Tabla 5.17 PCHE categorizada por Hospital 91
Tabla 5.18 PCHE global por servicio clínico y hospital 93
Tabla 5.19 Dimensiones categorizadas del instrumento PCHE 94
Tabla 5.20 Coeficientes de correlación y significancia entre PCHE, sus dimensiones con edad 95
Tabla 5.21 PCHE Global, por dimensiones y diferencia entre grupos según sexo 96
Tabla 5.22 PCHE Global, por dimensiones y diferencias de grupos según servicio clínico 97
Tabla 5.23 Coeficientes de correlación y significancia entre PCHE, sus dimensiones con días de hospitalización 97
Tabla 5.24 Coeficientes de correlación y significancia entre PCHE global con nivel educacional 98
Tabla 5.25 PCHE y sus dimensiones por Nivel Educacional 98
Tabla 5.26 Coeficientes de ANOVA y significancia para PCHE y sus dimensiones por Nivel Educacional 99
Tabla 5.27 Coeficientes de correlación y significancia entre PCHE, sus dimensiones con ingreso mensual 99
Tabla 5.28 Coeficientes de ANOVA y significancia para PCHE y sus dimensiones según condición de pareja 99
Tabla 5.29 Características sociodemográficas de enfermeras(os) participantes en fase cualitativa 100
Tabla 5.30 Principales discursos que tributaron a la dimensión "Cuidado de enfermería" 105

Tabla 5.31 Principales discursos que tributaron a la dimensión de "Cuidado humanizado de enfermería" 106
Tabla 5.32 Principales discursos de los cuales emergen características del Cuidado Humanizado de Enfermería 107
Tabla 5.33 Principales discursos de los que emergieron los requisitos de Cuidado humanizado de enfermería 109
Tabla 5.34 Principales discursos de los que emanan aspectos positivos del cuidado humanizado de enfermería 110
Tabla 5.35 Principales discursos que dan cuenta de la Deshumanización del cuidado 111
Tabla 5.36 Principales discursos que dan cuenta de la "Experiencia de Enfermedad" 113
Tabla 5.37 Dimensión "Cuidado de Enfermería": categorías y subcategoría 114
Tabla 5.38 Principales discursos que dan cuenta de las categorías y subcategoría de cuidado de enfermería 115
Tabla 5.39 Dimensión "Cuidado humanizado de enfermería": categoría características de CH, subcategorías y propiedades 117
Tabla 5.40 Principales discursos de los cuales emergió la categoría Características de Cuidado Humanizado, sus subcategorías y propiedades" 118
Tabla 5.41 Dimensión "Cuidado humanizado de enfermería", categoría requisitos de cuidado humanizado, subcategorías y propiedades 121

Tabla 5.42. Principales discursos de los cuales emergieron la categoría de Requisitos de Cuidado Humanizado, sus subcategorías y propiedades 122
Tabla 5.43 Dimensión "Cuidado Humanizado" Categoría Impacto positivo del CH en proceso salud-enfermedad y subcategorías 124
Tabla 5.44 Principales discursos de los cuales emergió la Categoría Impacto positivo del CH en el proceso salud-enfermedad y sus subcategorías 124
Tabla 5.45 Dimensión “Deshumanización del cuidado”; categoría, subcategorías y propiedades 126
Tabla 5.46 Principales discursos de los cuales emergió la Categoría Factores de Deshumanización del cuidado, sus categorías, subcategorías y propiedades 127
Tabla 5.47 Dimensión “Experiencia de Enfermedad”; categorías y subcategorías 129
Tabla 5.48 Principales discursos de los cuales emergió la categoría Experiencia de enfermedad con sus subcategorías 129
Tabla 5.49 Convergencia de conceptos implicados en la fase cuantitativa y cualitativa. Dimensión cuantitativa: “Cualidades del hacer de enfermería” y respectiva concordancia con fase cualitativa 132
Tabla 5.50 Convergencia de conceptos implicados en la fase cuantitativa y cualitativa. Dimensión cuantitativa: “Apertura a la Comunicación” y respectiva concordancia con fase cualitativa 133
Tabla 5.51 Convergencia de conceptos implicados en la fase cuantitativa y cualitativa. Dimensión cuantitativa: “Disposición” y respectiva concordancia con fase cualitativa 134

Tabla 5.52 Elementos cualitativos no contemplados en la fase cuantitativa 137
Tabla 5.53 Elementos cualitativos no contemplados en la fase cuantitativa de la investigación 140

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Relación de conceptos con fenómeno de estudio 26

Figura 4.1 Resumen metodológico del desarrollo y creación de indicadores de cuidado humanizado 59

Figura 5.1 Ejemplificación de hallazgos cualitativos 102

Figura 5.2 Secuencia del surgimiento en el análisis de dimensiones, categorías, subcategorías y propiedades y la relación establecida entre éstas 103

Figura 5.3 Dimensiones pesquisadas en el presente estudio 103

Figura 5.4 Categorías de "Cuidado de Enfermería" 113

Figura 5.5 Categorías de "Cuidado Humanizado" 115

Figura 5.6 Categorías de "Deshumanización del cuidado" 125

Figura 5.7 Categorías de Experiencia de enfermedad 128

RESUMEN

Introducción: Actualmente se hace necesario el rescate de un cuidado más humano, por lo cual, se ha visualizado la necesidad de desarrollar indicadores de cuidado humanizado en enfermería que repercutan en el bienestar del paciente y su familia.

Objetivos: Desarrollar indicadores de cuidado humanizado en enfermería.

Sujetos y método: Estudio de abordaje mixto. La fase cuantitativa correspondió a un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal, con una muestra compuesta por 150 personas hospitalizadas. En la fase cualitativa se realizó un estudio de tipo descriptivo interpretativo, en el cual utilizó el proceso de codificación axial de la teoría fundamentada, en donde la muestra estuvo compuesta por 10 enfermeras(os) considerados expertos en la temática de cuidados humanizados. Posteriormente se realizó triangulación de la información de la cual emanaron los indicadores, siendo evaluados por parte de enfermeras(os) expertas(os) y finalizando con la validación de estos. Estudio autorizado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile.

Resultados: La etapa cuantitativa, demostró que la percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado de enfermería era buena, con un puntaje promedio de 117,6 el cual corresponde al concepto “casi siempre” (casi siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado de las(os) enfermeras(os), sin embargo, la dimensión más baja fue: “comunicación efectiva” con un 23,3%de respuestas correspondientes a los conceptos “nunca” y “algunas veces”. De la etapa cualitativa

emergieron cuatro dimensiones: “Cuidado de enfermería”, “cuidado humanizado”, “deshumanización del cuidado” y “experiencia de enfermedad”, de estas surgieron categorías y propiedades que permitieron caracterizar cada una de estas. Así, se identificaron elementos que proporcionaron la base para estos indicadores, dando lugar a dos susceptibles de ser aplicados en la práctica, uno que permite evaluarlo desde la perspectiva del paciente y otro para evaluar el compromiso institucional con la entrega de cuidados humanizados.

Conclusión: La humanización de los cuidados es una necesidad sentida, por lo cual, se hace necesario fortalecerla. Así, se generaron indicadores de cuidado humanizado que surgieron desde la percepción de los pacientes, en donde se pesquisó que la comunicación debía ser una dimensión a fortalecer y de enfermeras(os), en donde emergieron aspectos del cuidado humanizado importantes de ser evaluados y no contemplados en la fase cuantitativa, de esta forma los indicadores de cuidado humanizado se convierten en una potente herramienta para la práctica de enfermería y para las instituciones de salud, al velar por un cuidado humanizado y de calidad.

Palabras clave (DECS): Humanización de la atención, enfermería, indicadores de la calidad de la atención.

ABSTRACT

Introduction: It is now necessary to rescue more humane care, which there is a need to develop indicators of humanized care in nursing that have an impact on the wellbeing of the patient and his family.

Objectives: Develop indicators of humanized care in nursing.

Subjects and method: Mixed approach study. The quantitative phase corresponded to a descriptive, cross-sectional correlational study, with a sample composed of 150 hospitalized people. In the qualitative phase, a descriptive interpretative study was carried out, in which the process of axial coding of the grounded theory was used, in which the sample consisted of 10 nurses considered experts in the subject of humanized care. Subsequently, triangulation was carried out of the information from which the indicators emanated, being evaluated by expert nurses and finalizing with the validation of these. Study authorized by the Ethics Committee of the Faculty of Nursing of the University of Concepción, Chile.

Results: The quantitative stage showed that the perception of patients about humanized nursing care was good, with an average score of 117.6 which corresponds to the concept "almost always" (they almost always perceived humanized care behaviors of the patients). nurses, however, the lowest dimension was: "effective communication" with 23.3% of responses corresponding to the concepts "never" and "sometimes." From the qualitative stage emerged four dimensions: nursing, "" humanized care "," dehumanization of care "and" disease experience", from these emerged categories and properties that allowed

characterizing each of these, thus identifying elements that provided the basis for these indicators, leading to two susceptible to be applied in practice, one that allows to evaluate it from the perspective of the patient and another to evaluate the institutional commitment with the delivery of humanized care.

Conclusion: The humanization of care is a felt need, therefore, it is necessary to strengthen it. Thus, indicators of humanized care were generated that emerged from the perception of patients, where it was investigated that communication should be a dimension to be strengthened and nurses (os), where aspects of humanized care emerged important to be evaluated and not contemplated in the quantitative phase, in this way the indicators of humanized care become a powerful tool for the practice of nursing and for health institutions, to ensure a humanized and quality care.

Key words (DECS): Humanization of care, quality of care, nursing, management indicators, indicators of the quality of care.

INTRODUCCIÓN

La atención que se brinda en salud, se vuelve cada vez más sofisticada y especializada producto del avance del conocimiento y la tecnología. Si bien este proceso ha ayudado a la pesquisa temprana y control de ciertas enfermedades ha generado a su vez una atención más fragmentada del ser humano, hecho que se evidencia en los usuarios de los sistemas de salud que se sienten vulnerables ante profesionales que se encuentran más centrados en las técnicas y procedimientos clínicos que en la persona (1-3). Este fenómeno también ha afectado a enfermeras(os), ya que, las características de este sistema han generado una brecha que la ha alejado de su esencia que es el cuidado holístico e integral de las personas, aspecto que se encuentra íntimamente relacionado con la humanización del cuidado, cualidad demandada por la práctica de enfermería en la actualidad.

Es por ello que en los últimos años se ha acuñado con mayor fuerza el término “cuidado humanizado”, surgiendo como respuesta a hechos totalmente contrarios a éste y que se relacionan más bien con el distanciamiento y la despersonalización de los profesionales de la salud (4). A su vez, las acciones generadas de un cuidado impersonal e indiferenciado pueden afectar más profundamente a personas que atraviesan por un estado de vulnerabilidad, como lo son los enfermos, ya que está identificado que las personas que enfrentan un proceso de enfermedad se encuentran con ansiedad, temor y en muchas ocasiones sienten dolor, características que las exponen a esta condición (5).

Frente a esta realidad se consideró de suma importancia indagar sobre este fenómeno en el ámbito de la atención cerrada en instituciones públicas de salud en Chile, específicamente recopilando información desde la perspectiva de pacientes

y enfermeras(os) vinculadas(os) a la humanización de los cuidados, la cual fue el sustrato para la creación de indicadores de cuidado humanizado, con lo cual se pretende generar un aporte a la calidad de la atención y a la disciplina de Enfermería.

A continuación en este documento, se presenta el desarrollo de esta investigación organizada en los siguientes capítulos:

El primero corresponde a **presentación y fundamentación del problema de investigación**, en donde se entregan antecedentes de la realidad chilena en relación a normativas vinculadas a la atención en salud, para posteriormente profundizar en el cuidado humanizado de enfermería y como éste presenta repercusiones en la calidad de la atención. A su vez, se evidencia un vacío existente en la comprensión del concepto, a lineamientos claros y a instrumentos que puedan monitorizar la humanización de los cuidados en el tiempo, lo cual genera la base para exponer el propósito del estudio. También se presentan en este capítulo las preguntas que orientan la investigación.

La segunda parte de este documento comprende el **marco referencial**, el cual contiene conceptos relacionados y que fundamentan la humanización de los cuidados de enfermería, como lo son la dignidad de la persona humana, derechos humanos e información existente en relación al cuidado humanizado, también se han incorporado, los que se encuentran vinculados al quehacer de enfermería en el ámbito asistencial, como calidad, gestión del cuidado e indicadores como instrumentos de evaluación. A este marco conceptual se suma el marco teórico que aborda la Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson, con lo cual se le otorga sustento a esta investigación, más el marco empírico que comprende el estado del arte actual en base a la temática.

En la tercera parte, se expone la **formulación del problema de investigación**, la cual contempla los objetivos del estudio, las variables comprendidas en la fase cuantitativa de la investigación y las categorías apriorísticas de la etapa cualitativa.

Luego se procede con la especificación del **diseño metodológico de la investigación**, donde se ha incluido sujetos y métodos, se presenta el diseño de la investigación, unidades de análisis según fases del estudio, instrumentos utilizados, plan de recolección de datos, información sobre procesamiento y análisis de datos, más las consideraciones éticas que se contemplaron para el desarrollo de esta investigación.

La siguiente sección del documento corresponde a **resultados**, en la cual se da cuenta de todas las pesquisas realizadas en la fase cuantitativa de la investigación, la información emergida de la fase cualitativa, la triangulación metodológica del estudio y la posterior generación de los indicadores de cuidado humanizado, dando respuesta a los objetivos planteados en este estudio.

Se continúa con la presentación de la **discusión**, en la cual se contrastan los resultados encontrados con la información existente emanada de otras investigaciones, a su vez se exponen los potenciales alcances de esta investigación.

Finalmente en el documento se exponen las principales **conclusiones, limitaciones y recomendaciones**, que han emanado de este estudio, las cuales van enfocadas a ser un aporte a la disciplina de enfermería.

CAPÍTULO 1
PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema como objeto de estudio

En Chile, a nivel de las autoridades gubernamentales, existe preocupación en relación a la calidad de cuidados que se entregan en salud y la satisfacción percibida por las personas (6). Es así como, la temática de los cuidados humanizados es de interés y se ajusta a los actuales lineamientos de las políticas de gobierno chilenas, lo cual queda evidenciado en la Ley n° 20.584 (7), que regula y resguarda los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En ella, en el párrafo n° 2 se hace mención al derecho a un trato digno, especificándose en la Ley en el artículo n° 5 que "En su atención en salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia". A su vez en el párrafo n° 3, se hace alusión al derecho a tener compañía y asistencia espiritual (7). Si bien esta Ley contempla otros tópicos que se relacionan con el cuidado humanizado, los aspectos aquí referidos, son los que están más estrechamente vinculados con esta visión y evidencian la importancia que actualmente el Ministerio de Salud de Chile le está otorgando a este ámbito de la atención de salud, lo cual repercute favorablemente en la calidad de ésta.

Es así como, la calidad es una meta anhelada por las distintas instituciones de salud y esta puede ser abordada desde distintas aristas. Pero, a la luz de la legislación vigente en Chile, se evidencia la preocupación del Estado por resguardar la calidad de la atención en relación al trato que se establece con el usuario. Bajo este prisma,

en el año 2005 se crea la ley de Autoridad Sanitaria que establecía un sistema de acreditación para los distintos establecimientos de salud y vela por el cumplimiento de estándares mínimos que aseguraran la calidad en los procesos de atención a los usuarios (8). Dentro de todos los aspectos que contempla esa Ley, se incorpora el ámbito “dignidad del paciente” (DP-1), donde el prestador de los servicios debe resguardar que el usuario reciba un trato digno. Por otro lado la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes, promulgada el año 2012 (7), viene a reafirmar la importancia de la humanización del cuidado.

De esta forma, se puede visualizar como esta temática pertenece a una dimensión de calidad que va más allá de lo técnico, pasando a ser un aspecto de importancia para las políticas gubernamentales (9). Si bien el trato digno es sólo una parte de lo que contempla un cuidado humanizado, ambos términos se encuentran íntimamente relacionados, es así como un cuidado humanizado repercute de manera directa en la calidad de la atención, pasando a ser un pilar importante de una de las dimensiones de ésta.

Bajo estos antecedentes, el cuidado humanizado al tener un impacto en la calidad de la atención, también repercute en la satisfacción usuaria, ya que estos conceptos se encuentran conectados, porque ambos se organizan comparando expectativas y percepciones en el proceso, así en la satisfacción, las expectativas se relacionan con las necesidades y preferencias del paciente, por lo cual la evaluación de la calidad surge al comparar esas expectativas con el proceso de atención actual y al realizar comparaciones con procesos previos. Es así como la preocupación por la evaluación de la calidad de la atención, va más allá del simple cumplimiento de estándares, ya que el paciente evalúa la calidad de la atención no sólo valorando el resultado final, si se sana o no, sino que también en base de sus propias expectativas, necesidades y experiencias (10). En este contexto, se enlaza el cuidado humanizado, ya que el considerar a la persona como un ser integral que se desenvuelve en un ambiente social y familiar particular, los profesionales de la

salud, entregarán cuidados más humanos y personalizados, los cuales tendrán un impacto positivo en la calidad de atención que se está otorgando siendo evidenciado por mejores niveles de satisfacción usuaria, en relación al trato y a la atención que están recibiendo.

A su vez, en Chile no existen lineamientos definidos que aborden lo que implica un "cuidado humanizado" en la atención a la población en general, sólo existen avances y acciones concretas de humanización en el área obstétrica e infantil (11,12). Sin embargo se aprecia un vacío en relación al conocimiento de factores o características que pueden estar incidiendo en este cuidado; las cuales permitan transformarse en indicadores de cuidado humanizado, que puedan ser medidos a través del tiempo y contribuyan a la calidad de la atención en salud.

La realidad latinoamericana es similar a lo pesquisado en Chile, en donde se ha encontrado que existe una brecha entre lo que los pacientes esperan del cuidado de enfermería y de lo que realmente reciben, evidenciando vacíos en la entrega de cuidados humanizados otorgados por enfermeras(os) (13-15). También es importante destacar que Colombia es uno de los países que más ha trabajado esta temática, en donde se destaca la creación de instrumentos que a luz de la Teoría de Jean Watson, han buscado medir la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera(o), destacándose el instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería PCHE" de Rivera y Triana del año 2001(16), que recientemente, el año 2014 fue sometido a evaluación, dando por resultado un instrumento práctico y fácil de aplicar (17), sin embargo este no se encontraba adaptado ni validado para la población chilena.

Por esta razón surgió la inquietud de crear indicadores de cuidado humanizado en enfermería en la atención cerrada, con los cuales se pudiera evaluar de manera objetiva la entrega de estos cuidados por parte de la/él enfermera(o) y tener una continuidad de los cuidados humanizados en el tiempo. Para tal efecto se levantó

información desde los usuarios de distintos hospitales adscritos a un Servicio de Salud de la Región del Bío Bío, logrando identificar las dimensiones, que en base a sus percepciones, se presentaron como relevantes en la entrega de cuidados humanizados. También, se indagó con enfermeras(os) expertas(os) en la temática del cuidado humanizado, con el fin de incorporar información en relación al fenómeno de estudio, sus características y factores que influyen en su entrega. De esta forma se contó con el sustrato para la elaboración de los indicadores de cuidado humanizado en enfermería.

1.2 Planteamiento del problema de investigación

Actualmente, existe una preocupación constante de las instituciones de salud, por evaluar la calidad del cuidado entregado por enfermería (18). A este hecho se suma, que los usuarios manifiestan críticas en relación a la entrega deshumanizada de atención en los sistemas públicos de salud (5). Ambas situaciones, evidencian la urgente necesidad de contar con métodos que permitan evaluar el cuidado humanizado entregado por enfermería, sin embargo, en la actualidad, en los centros de atención cerrada de salud, no se cuenta con indicadores de cuidado humanizado en enfermería, que permitan la monitorización y la evaluación de este cuidado, desde una perspectiva más objetiva.

1.3 Propósito

La finalidad de esta investigación fue generar un aporte al ámbito de la salud, a través de la creación de indicadores de cuidado humanizado en enfermería en la atención cerrada, los cuales se elaboraron a partir de la conceptualización y medición de la percepción de cuidado humanizado en usuarios de distintos hospitales adscritos a un servicio de salud y a través del levantamiento de información desde profesionales de enfermería expertas(os) en el tema, con lo cual se identificaron aspectos y dimensiones asociadas que permitieron la construcción

de estos indicadores, que tributarán al impacto social del estudio, a través de la optimización de los cuidados entregados a los pacientes y el mejoramiento de la calidad de éstos.

De esta forma se pretende generar una herramienta que permita la evaluación del cuidado humanizado de forma estandarizada en las unidades de atención, fomentando la calidad de los cuidados entregados por enfermeras(os), alineándose con las disposiciones explícitas en la legislación chilena, emanadas del Ministerio de Salud en donde se busca proteger las garantías y derechos que tienen los pacientes, haciendo especial énfasis a la consideración y protección de la dignidad humana, característica primordial de la gestión del cuidado humanizado (7, 8).

Desde la perceptiva teórica, se visualiza este estudio como de gran relevancia, ya que a través de sus resultados se puede plasmar como los postulados de Jean Watson son aplicables en la práctica asistencial y se evidencia que para pacientes y enfermeras(os) es de gran importancia el cuidado humanizado en el proceso salud-enfermedad. Al mismo tiempo, al ser el cuidado la esencia de enfermería (19), este estudio viene a entregar información sustancial que permitirá comprender de mejor manera el concepto de “cuidado” y el cómo se articula ese cuidado perfecto denominado “cuidado humanizado”, de esta forma los hallazgos de esta investigación permiten enriquecer la disciplina de enfermería.

A su vez, con esta investigación se pretende realzar y fomentar la importancia que posee un cuidado humanizado en el proceso de hospitalización y recuperación de la persona enferma y su familia.

Además, este trabajo puede dar paso al desarrollo de nuevas investigaciones que indaguen sobre la aplicación de indicadores de cuidados humanizados de enfermería en la población que es usuaria de los distintos sistemas de salud y se pueda apreciar su evolución en el tiempo.

1.4 Preguntas de investigación

Pregunta 1:

¿Cuál es la percepción que tienen los pacientes sobre el ámbito del cuidado humanizado que entregan las(os) enfermeras(os) y desde su perspectiva cuál es para ellas(os) la dimensión más relevante?

Pregunta 2:

¿Qué dimensiones, categorías y subcategorías del cuidado humanizado emergen de los discursos de enfermeras y enfermeros?

Pregunta 3:

Según la información emanada de la fase cuantitativa y cualitativa de la investigación: ¿Qué indicadores de cuidado humanizado de enfermería se pueden construir para evaluar la calidad de estos?

CAPITULO 2
MARCO REFERENCIAL

Para el estudio de esta temática y la realización de esta propuesta se debe considerar en primer lugar, que la persona que ingresa a un hospital y enfrenta un proceso de enfermedad se caracteriza por sentirse vulnerable, insegura y sentir miedo o dolor, lo cual genera una necesidad en los pacientes y sus familiares, de sentirse seguros y protegidos en relación a la situación crítica que enfrentan (5). Sin embargo, existen ocasiones en las que estos, no encuentran esa cercanía o protección de parte de quienes son los encargados de otorgarle sus cuidados (14).

Esta situación puede estar influenciada por el paradigma biomédico predominante, el cual se centra, principalmente, en fenómenos relacionados con signos, síntomas, cirugías, medicamentos y enfermedad, sin considerar aspectos emocionales, mentales y sociales que también influyen en el proceso de salud y enfermedad de la persona y su familia, que dan paso a un nuevo paradigma que se centra en el cuidado integral y holístico del ser humano y su entorno (20). A su vez, el avance vertiginoso de las tecnologías, si bien han ayudado en el mejor diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades, también han generado una gran brecha en las relaciones humanas, lo cual ha impactado, de manera particular, en el distanciamiento y el enfriamiento de la relación enfermera(o) - paciente (21).

En relación a estos hechos, enfermería cumple un rol fundamental, ya que ésta, es la disciplina del cuidado y su eje central se basa en entregar a la persona, familia y comunidad, cuidados integrales que abarcan aspectos tanto físicos, como psicológicos, sociales, emocionales y espirituales. Es, así como, muchas teóricas de enfermería consideran el cuidado como la base de la práctica en la profesión

(22-24), cuidado que hace alusión a la interacción y adaptación entre la enfermera(o) y la persona cuando se ejerce la acción de cuidar, en el cual está inserta la concepción de totalidad e integralidad (25).

Este paradigma de la totalidad, se encuentra íntimamente relacionado con los cuidados humanizados, los cuales se basan en una actitud crítica y reflexiva que debe poseer la enfermera(o) frente a la realidad social y humana que presenta la persona enferma y su familia. Esta actitud se debe caracterizar por el respeto a los derechos de las personas y a la planificación, entrega y control de cuidados de enfermería integrales, holísticos y de calidad. De igual forma, los cuidados humanizados, están estrechamente vinculados con la sensibilidad, que debe poseer la enfermera(o), para poder comprender las necesidades más íntimas de las personas.

Estas características del cuidado humanizado vienen a romper un esquema tradicionalista que aleja a la enfermera(o) de la interacción con el otro, lo cual es la esencia de estos cuidados (16). A su vez, existe documentación que evidencia que un cuidado humanizado genera un impacto positivo en el bienestar y la recuperación de la persona enferma (26, 27).

En relación a esta perspectiva, se ha analizado el contexto latinoamericano para visualizar como se ha tratado el tema del cuidado humanizado en otros países de la Región. Es así, como en los últimos años muchos países se han ido alineando con la humanización del cuidado. A nivel latinoamericano, países como Brasil y Colombia promueven un cambio de paradigma en la entrega de cuidado desde aquella basada en principios más bien biologicistas e instrumentalistas y se favorece un cambio de paradigma hacia una visión más integral y cercana del ser humano (28,29).

Así, Brasil en el año 2001 promulga la Ley de Humanización de los cuidados emanada del Ministerio de Salud, que nace como respuesta a la gran cantidad de reclamos y quejas sobre una atención despersonalizada, la cual impactaba directamente en los usuarios. El objetivo principal de esta ley fue promover un cambio cultural en los trabajadores del sistema de salud, para entregar una atención humana, digna y de calidad (15). En el año 2004 en Colombia se promulgó la Ley 911, la cual corresponde a los valores y principios éticos del acto de cuidado de enfermería, estipulado en el artículo 3 párrafo 2: Que el cuidado de enfermería: "Se da a partir de la comunicación y la relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano…"(30).

2.1 Marco Conceptual

2.1.1 Concepto de dignidad de la persona humana y derechos humanos

Para referirse a los derechos humanos, se hace imprescindible comenzar con la definición del concepto de "dignidad de la persona humana". Si bien este término ha sido ampliamente analizado y discutido desde aristas filosóficas y prácticas, es importante aclarar que su origen proviene del latín "dignitas, atis" termino que hacía alusión a la excelencia, realce, decoro de las personas al comportarse, cargo o empleo honorifico de autoridad, también se aplicaba a la presencia de cualidades como la bondad, amor propio, caballerosidad, decencia, honor, entre otros; sin embargo, Aristóteles le otorga un significado de mayor realce especificando que: la dignidad era valiosa, carente de equivalente y no susceptible de intercambio.

Es así como el concepto de dignidad, desde la perspectiva ontológica, dictamina que la persona es digna y lo es intrínsecamente, no por razones externas, sino por el sólo hecho de ser persona. Por lo cual la dignidad ontológica de la persona, se asume como irrenunciable, constitutiva y ligada a su naturaleza racional y libre (31). Esta concepción de dignidad proviene de los lineamientos de Kant, quien la

concebía como un valor intrínseco de la persona moral, el cual no admitía equivalentes. La dignidad no debía ser confundida con ninguna cosa, con ninguna mercancía, dado que no se trata de nada útil ni intercambiable o provechoso. A su vez, lo que puede ser reemplazado y sustituido no posee dignidad, sino precio. Cuando a una persona se le pone precio se la trata como a una mercancía.

De esta forma, se pude apreciar que la dignidad es una expresión que se encuentra estrechamente relacionada con la ética, y no es de extrañar su íntima relación e inclusión en la construcción de las Cartas Fundamentales de muchos países en el mundo (32). De esta forma se pude establecer que la dignidad se relaciona con la esencia del ser humano y por esa dignidad se pude determinar que por naturaleza éste posee ciertos derechos esenciales los cuales son, inalienables e imprescriptibles, llamados derechos humanos. La dignidad es, entonces, el sustrato ónticamente posibilitante de los derechos humanos (DDHH) (33).

Sin embargo la conciencia que actualmente se posee de los DDHH, no siempre ha sido así. Las primeras nociones de este concepto se remontan al Movimiento de Protección de las Minorías, plasmando en el tratado de Versalles de 1918-19 y administrado por la Sociedad de las Naciones; posteriormente como respuesta a las atrocidades y el genocidio cometido por el régimen Nazi durante la Segunda Guerra Mundial, toma auge la protección a los derechos fundamentales de las personas, también llamados derechos humanos y en un esfuerzo de reconocer y proteger los principios éticos fundamentales por medio de un régimen jurídico internacional es que surge por primera vez el término “Derechos Humanos”(DDHH), siendo este definido y quedando especificado en el Derecho Internacional, en el artículo 68 de la Carta de las Naciones Unidas, la cual a su vez, facultaba al Consejo Económico y Social a establecer comisiones de orden económico y social para la promoción de los DDHH. Esta cláusula dio origen la creación de la comisión de los DDHH. De esta forma se articula el documento de Declaración de los DDHH de 1948 que establece que: “Todos los seres humanos nacen libre e iguales en dignidad y derechos y,

dotados como están en razón y conciencia, deben comportase fraternalmente los unos con los otros" (34). De esta forma, los DDHH se trasforman en las bases de la experiencia jurídica moderna, la cual tiene como una de sus características primordiales la centralidad del concepto de individuo como titular de derechos subjetivos. En relación a este hecho, los derechos del ser humano irán adoptando progresivamente el carácter de limitaciones al poder del Estado, desempeñando un papel característico en la construcción del estado constitucional de derecho (35).

Es así como, los derechos fundamentales emanan directamente como atributos esenciales de la dignidad humana y constituyen límites a la soberanía como se establece en la Constitución chilena, en donde se especifica que los derechos fundamentales o humanos pueden ser entendidos como "el conjunto de facultades e instituciones que, concretan las exigencias de la libertad, la igualdad y la seguridad humanas en cuanto expresión de la dignidad de los seres humanos, en un contexto histórico determinado, las cuales deben ser aseguradas, promovidas y garantizadas por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional, supranacional e internacional, formando un verdadero subsistema dentro de estos"(36).

De manera práctica, actualmente según la naturaleza de los derechos se distinguen tres tipos: Derechos civiles y políticos; Derechos económicos; sociales y culturales y Derechos de los pueblos. Los primeros se fundamentan en la libertad y surgen ante la necesidad de oponerse a los excesos de la autoridad. Los derechos económicos, sociales y culturales se basan en la igualdad, entre estos se encuentran: el derecho al trabajo, a condiciones de trabajo justas y favorables, a la seguridad social, a alimentación, vestuario y albergue adecuados, a la salud, a la protección y asistencia de la familia, madres e hijos, a la educación, cultura y ciencia, entre otros. Los Derechos de los Pueblos tienen la finalidad de proteger los derechos de la humanidad por lo que están conformados por el derecho a la paz, derecho a un medio ambiente sano, derecho al desarrollo, derecho a una vida digna, derecho a la justicia internacional.

A su vez los DDHH se estructuran en base a sus características las cuales son: innatos, universales, absolutos, inalienables, imprescriptibles, indivisibles progresivos, exigibles, inviolables (37). Cualidades que se contemplan dentro de las leyes que rigen a muchos países y las cuales deben estar garantizadas por el Estado.

2.1.2 Concepto de cuidado humanizado

Para abordar el concepto de cuidado humanizado es importante referirse al origen de este. Para tal efecto, desde la perspectiva de Watson (38), cuidado, no es un procedimiento o tarea, es la razón moral para enfermería. El Cuidado corresponde a un proceso interconectado, intersubjetivo de sensaciones compartidas entre el paciente y la enfermera. El cuidado debe estar basado en la reciprocidad y tener una calidad única y autentica.

La enfermera, en este contexto, debe ser la encargada de ayudar a aumentar la armonía dentro de la mente, cuerpo y alma (38). El Cuidado de enfermería, es el cuidado de la vida humana, el cual se puede desarrollar durante todo el proceso vital humano, es dinámico, iniciándose con la vida y terminado con la muerte, donde la salud y la enfermedad se encuentran dentro de este ciclo (39). Al proporcionar cuidados, la enfermera(o) establece una conexión personal con el sujeto de cuidado, este encuentro posee un profundo valor para la persona que lo recibe, ya que para las personas, en situación de enfermedad o vulnerabilidad, muchas veces más que el valor que otorga la competencia técnica del profesional, buscan contar con la presencia de quien es el encargado de entregar el cuidado, su apoyo y sentirse comprendido (40).

Estas características del cuidado se enlazan con la dimensión ética de éste, es así como en el Código de Ética Internacional de Enfermería se encuentra estipulado que la principal responsabilidad de la enfermera es con la gente que requiere

cuidado de enfermería y ésta al mejorar la salud, debe velar por promover un ambiente en el cual se respeten los derechos humanos, los valores, las costumbres y creencias espirituales del individuo, la familia y la comunidad (41). De esta forma es posible apreciar que el cuidado de enfermería posee esta dimensión ética que lo vincula de manera estrecha al concepto de humanización.

De esta forma, el concepto de “humanizado”, proviene del vocablo humanismo y hace alusión a la época en que el ser humano pasa a tomar conciencia de su ser espiritual y se reconoce como tal y creador de su propia vida (13). Es así como este término corresponde a la acción de humanizar lo cual implica “hacer una cosa más humana, menos cruel y menos dura para los hombres” (42).

Por lo tanto el cuidado humanizado es un concepto integrador, que rompe el tradicional esquema fragmentador del ser humano, este comienza cuando la enfermera(o) entra en el campo fenomenológico del paciente y es capaz de detectar, sentir e interactuar con él, es decir; cuando se logra establecer una relación de empatía centrada en la atención al paciente y en un ambiente para percibir la experiencia del otro y como él la vive (42).

Así, se puede entender el cuidado humanizado de enfermería como aquel que involucra acciones de orden expresivo, o sea, acciones enfocadas a actitudes y comportamientos de cuidado como son el respeto, gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad, entre otras; en donde para que el cuidado se concrete, los pacientes deben sentir confianza y seguridad en el cuidador o cuidadora, además de ser considerados como seres humanos y no como objetos (43). Por lo tanto el cuidado humanizado comprende al ser humano como alguien que es más que sólo necesidades de orden biológico, sino como una persona biopsicosocial y espiritual con los derechos que deben ser respetados, garantizando su dignidad ética (44).

Para conceptualizar de mejor forma el cuidado humanizado, del trabajo realizado por González (17), se desprende que este posee tres dimensiones, las cuales corresponden a las cualidades del hacer de enfermería, la apertura a la comunicación enfermera(o) paciente y la disposición para la atención.

La primera hace alusión a las cualidades y valores que caracterizan al personal que brinda cuidado, en esta categoría destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera(o) – paciente; la apertura a la comunicación, es definida como un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permite la interacción enfermera(o) y sujeto de cuidado (paciente), a través de habilidades comunicativas que posibilitan la trasmisión de una realidad y la interacción con la misma, esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado. Por último, la tercera categoría, se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar sino que requiere una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado (17).

2.1.3 Gestión de cuidado

La calidad de los cuidados entregados por la enfermera o enfermero, no es un tema nuevo. A partir de la década de los sesenta la influencia de teoristas principalmente norteamericanas, lleva a la enfermería chilena a reflexionar sobre la importancia de fortalecer la disciplina con conocimientos específicos del quehacer de la profesión, lo que evidentemente tendría un impacto en la calidad de los cuidados otorgados (40). Es así como en el año 1997 se incorpora el artículo 113 al Código Sanitario (45) en donde queda estipulado el rol de la enfermera, especificándose tres áreas de competencia de enfermería las cuales corresponden a la gestión del cuidado, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y la mejor

administración de recursos de asistencia para el paciente, todos estos aspectos relacionados de manera directa en la calidad de la atención otorgada (46).

Posteriormente en el año 2007 surge la Norma General Administrativa No 19 de la Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada (45), la cual estipula que: "el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar, se define como 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" (45). A través de la normativa vigente es posible apreciar el rol preponderante de enfermería en relación a la calidad de la atención otorgada. Si bien aquí se aprecian aspectos generales del cuidado, la Ley de Acreditación en Salud (47) especifica otros lineamientos que son relevantes en la atención del usuario y en donde enfermería posee un papel fundamental, ya que esta ley aborda diversos ámbitos entre los que cabe destacar, el Respeto a la Dignidad del Paciente (DP): DP-1.3: "Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, incluyendo mediciones de la percepción de los pacientes y demás usuarios", Gestión de la Calidad (CAL): CAL- 1.2: "Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades." Y Gestión Clínica (GCL): GCL- 1.2: "Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de Enfermería" (48). Todos estos aspectos van dirigidos a mejorar la calidad de la atención y cuidados entregados por enfermería otorgándole un lugar de suma importancia a la consideración de la Dignidad Humana, cualidad inherente a un cuidado humanizado y disponiendo la evaluación permanente de esta a través de la percepción de los usuarios.

Cabe destacar que si bien la búsqueda de la calidad de la atención en enfermería es una meta ambicionada, esta no debe alejar a la profesión de su núcleo, el cual es el cuidado humano, ya que una comprensión inadecuada del lenguaje de calidad,

puede llevar a las organizaciones y a enfermería a centrarse en indicadores netamente de resultados, como morbilidad, mortalidad, entre otros, que si bien han sido muy útiles, desplazan otros aspectos de la dimensión humana, centrándose en objetivos puramente curativos, sin considerar la evaluación de otros ámbitos del cuidado. Es así que se sugiere la incorporación de nuevos indicadores, que se ajusten a la disciplina de enfermería y que estén relacionados con la máxima autonomía del ser humano, como por ejemplo la creación de indicadores relacionados con el conocimiento de la enfermedad, del tratamiento y resultados de salud funcional que incluyan aspectos físico, mental, cognitivo y social de la persona (49).

2.1.4 Concepto de calidad

La calidad de la atención en salud es una meta deseada por muchos, ya que asegura una alta eficiencia y eficacia en el servicio que se está entregando, lo cual repercute en la satisfacción usuaria y en el bienestar de la persona y su familia.

Calidad es un término que se ha abordado desde distintas aristas, pero puede ser definida como; la totalidad de circunstancias y características de un producto o servicio que un usuario requiere para satisfacer sus necesidades (49), también puede ser entendida como la provisión de servicios accesibles y equitativos ofrecidos con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y que logra la satisfacción usuaria (50).

Para analizar la calidad existen dos modelos conceptuales generales; el modelo industrial y el de los servicios de salud. Según Donabedian (51) una de las características que diferencia a ambos modelos, es que en el industrial, su enfoque se encuentra centrado en el consumidor quien es el único evaluador final de la calidad, es él quien finalmente decide si ese producto o servicio cumple con sus expectativas, aquí el objetivo no es sólo obtener la satisfacción usuaria, sino

también, encantar al consumidor, lograr su entusiasmo y fidelidad futura. En el modelo de atención de salud integral de la Reforma de Salud en Chile (8), existen algunas semejanzas, como buscar la satisfacción, pero para la emanación de un concepto de calidad en este modelo se agregan un conjunto complejo de responsabilidades hacia el usuario y la sociedad lo cual genera prestar especial atención a aspectos relacionados tanto con el proceso como con el resultado final (51).

Es así como la calidad en salud puede ser entendida como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y la satisfacción de los usuarios (52). Otra definición indica que existe calidad en salud cuando los atributos contenidos en una prestación, hacen que esta sea oportuna, personalizada, humana, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y la práctica profesional (50). Según Malagón (49), para hablar de calidad en un servicio de salud se deben considerar los siguientes aspectos, los cuales son fundamentales en la concepción de calidad; estos son: cortesía, amabilidad, respeto, la prontitud en la atención, comunicación con el usuario y familia, capacidad profesional, ética, y trato humano (49), todas estas características inherentes al cuidado humanizado, con lo cual se evidencia la clara relación existente entre las acciones que contempla este cuidado, la calidad de la atención y la satisfacción usuaria.

En Chile, la calidad ha sido un tema preponderante en los últimos años, es así como, ésta se consideran un eje importante en el sistema sanitario, que permite garantizar a las personas un conjunto de condiciones mínimas y comunes en relación a las prestaciones de salud que reciben cuando son atendidos en el sistema sanitario nacional, tanto en el ámbito público como el privado (53). De esta forma la calidad de la atención sanitaria en Chile, queda definida como: “La que identifica las

necesidades de salud de los individuos de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos u otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite" (54).

El resguardo de la calidad de la atención queda establecido a través de distintas leyes y decretos que tiene como función asegurar esta calidad, dentro de ellas destaca, en Chile, el Decreto con Fuerza de Ley N°1 del 2005 (55) el cual tiene como función establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios (55), la Ley 19.937 (8) en donde se estipula una nueva modalidad de gestión de la Autoridad Sanitaria en la cual se establecen las atribuciones de esta para resguardar la calidad de la atención a través de procesos de acreditación, entre otros (8) y la ley 20.584 (7), de derechos y deberes de los pacientes, en donde se hace énfasis a otro ámbito de la calidad de la asistencia, que se vincula principalmente a aspectos relacionados con el trato digno (7), elemento central en un cuidado humanizado.

Desde esta perspectiva, la calidad se visualiza como un concepto complejo de analizar, sin embargo la evaluación de esta se puede abordar desde tres grandes aspectos que involucra el análisis de la estructura, el proceso y el resultado. La estructura hace alusión a los aspectos físicos, técnicos y humanos involucrados en la prestación del servicio; el proceso, a las acciones que emanan del acto de cuidar, a la interacción que se genera entre el paciente con sus necesidades y la atención otorgada por la enfermera(o) (en este caso particular) para la satisfacción de éstas. El resultado se relaciona con el cambio o conocimiento adquirido por el paciente en torno su salud. En la evaluación de la calidad de la atención, la satisfacción del usuario también juega un rol preponderante, ya que permite evidenciar como impactan estos factores en la percepción éste (52).

2.1.5 Indicadores como instrumentos para evaluar calidad

Es así que para la evaluación más objetiva de la calidad de la atención surgen los indicadores, que pueden ser definidos como: “los que indican o sirven para indicar” (56), haciendo alusión al objetivo de estos, el cual implica develar como se están llevando a cabo las acciones contempladas en la atención al usuario. Otra definición más técnica de este concepto, específica que un indicador es: “un instrumento que provee de evidencia cuantitativa acerca de si una determinada condición existente o si ciertos resultados han sido logrados o no, de no ser así permite evaluar el progreso realizado” (57).

Un indicador debe cumplir con tres características básicas: simplificación, medición y comunicación. La primera hace alusión a que un indicador debe abarcar una dimensión o realidad concreta, no puede ser multidimensional. La medición, es la cualidad que permite comparar la situación actual de una dimensión de estudio en el tiempo o respecto a patrones establecidos y finalmente la comunicación hace referencia a que todo indicador debe transmitir información acerca de un tema en particular para la toma de decisiones.

A su vez, estos se clasifican comúnmente según: medición; nivel de intervención; jerarquía y calidad.

Los indicadores de medición se dividen en indicadores cuantitativos y cualitativos, los primeros corresponden a una representación numérica de la realidad; su característica más importante es que, al encontrarse valores diferentes, estos pueden ordenarse de forma ascendente o descendente. Los indicadores cualitativos, permiten tener en cuenta la heterogeneidad, amenazas y oportunidades del entorno organizacional y/o territorial. Además, permiten evaluar, con un enfoque de planeación estratégica, la capacidad de gestión de la dirección y demás niveles de la organización. Su característica principal es que su resultado

se refiere a una escala de cualidades. Los indicadores cualitativos se pueden expresar en categóricos: por ejemplo, bueno, aceptable, regular, malo; o binarios: como un, sí y no.

Los indicadores según nivel de intervención, hacen referencia a la relación entre los insumos, los resultados y los impactos; tratan de medir en cuánto se acerca a las metas esperadas con los insumos disponibles. Para esto se dispone de cinco tipos de indicadores: Indicadores de impacto: que se refieren a los efectos, a mediano y largo plazo, que pueden tener uno o más programas en el universo de atención y que repercuten en la sociedad en su conjunto. Indicadores de resultado (outcome): se refieren a los efectos de la acción institucional y/o de un programa sobre la sociedad. Indicadores de producto (outputs): se refieren a la cantidad y calidad de los bienes y servicios que se generan mediante las actividades de una institución o de un programa. Indicadores de proceso: se refieren al seguimiento de la realización de las actividades programadas, respecto a los recursos materiales, personal y/o presupuesto. Este tipo de indicadores describe el esfuerzo administrativo aplicado a los insumos para obtener los bienes y servicios programados. Indicadores de insumo: se refiere al seguimiento de todos los recursos disponibles y utilizados en una intervención (58).

Indicadores según jerarquía, estos a su vez se clasifican en indicadores de gestión y estratégicos. Los indicadores de gestión, también son denominados indicadores internos y su función principal es medir el primer eslabón de la cadena lógica de intervención, es decir, la relación entre los insumos y los procesos. A su vez, los indicadores estratégicos, permiten hacer una evaluación de productos, efectos e impactos, es decir, la forma, método, técnica, propuesta, solución y alternativa, son elementos que pertenecen, bajo el criterio de estrategia, a todo el sistema de seguimiento y evaluación.

Finalmente, los indicadores según calidad, que dan cuenta de la dinámica de actividades específicas; éstos miden la eficiencia y eficacia, de modo que permiten introducir cambios necesarios dentro del proceso, ya que informan sobre áreas críticas del mismo. Aquí se encuentran los indicadores de eficacia, que expresan el logro de los objetivos, metas y resultados de un plan, programa, proyecto o política, e indicadores de eficiencia, los cuales permiten establecer la relación de productividad en el uso de los recursos y por último, los indicadores de efectividad, los cuales involucran la eficiencia y la eficacia, es decir, el logro de los resultados programados en el tiempo y con los costos más razonables posibles (58).

En relación a la clasificación de los indicadores, la más empleada en salud, es la realizada por Donabedian (51), quien fue el primero en plantear que los métodos para evaluar calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. Es así como, los indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos, los indicadores de proceso miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente y los indicadores basados en resultados o indicadores de resultados, miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención (59).

Si bien existen distintos tipos de indicadores según el aspecto de la calidad que se desea evaluar, uno de los preponderantes en el quehacer de enfermería es el indicador de desempeño, este es el que entrega información cuantitativa en relación a los objetivos planteados, pero puede contemplar aspectos tanto cuantitativos como cualitativos (57).

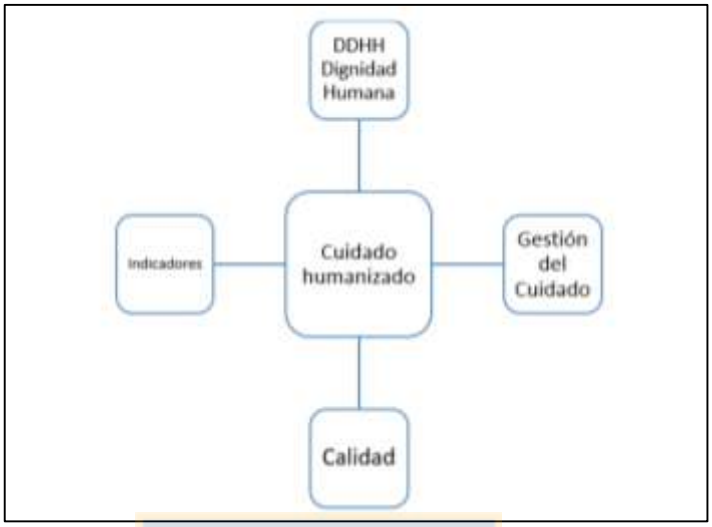
Para enfermería es importante poseer información que permita la monitorización y evaluación permanente de su práctica, por lo cual los indicadores surgen como una

herramienta útil para los procesos de mejoramiento de la asistencia al usuario o paciente. De esta forma los indicadores de calidad en la atención de enfermería deben ser elementos prácticos de utilizar caracterizados por ser mensurables, claros, objetivos y útiles que fomenten mejoras en los procesos y resultados en la atención otorgada, a su vez estos deben evidenciar la necesidad de considerar múltiples factores involucrados en la calidad de la atención dentro de los cuales se encuentran políticas asistenciales, de gestión, estructura organizacional entre otros (60).

Bajo esta perspectiva se aloja la propuesta de investigación que apunta a la creación de indicadores de cuidado humanizado para enfermería.

Para finalizar es importante mencionar que los conceptos aquí desarrollados, se relacionan de manera directa con el fenómeno de estudio, en donde, la dignidad humana, concepto que emerge de la Declaración Universal de los Derechos Humanos aporta las bases para el respeto por la persona, aspecto esencial de la entrega de cuidados humanizados, a su vez, enfermería debe velar por la entrega de estos cuidados dignos, humanos y de la calidad, lo cual se debe realizar en el marco legal que entrega la gestión del cuidado de enfermería, la cual debe monitorizar en el tiempo, como método de gestión, el cumplimiento y desarrollo de la entrega de cuidados humanizados, lo cual repercuta en la calidad del cuidado otorgado (Figura 2.1).

Figura 2.1 Relación de conceptos con fenómeno de estudio



Fuente: Elaboración propia

2.2 Marco teórico

2.2.1 Teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson

Margaret Jean Harman Watson, enfermera norteamericana, Magister en Salud Mental y Psiquiatría, Doctora en Psicopedagogía, es quien ha trabajado arduamente la temática del cuidado humano, es así como en la Universidad de Colorado, donde ha sido Decana de la Facultad de Enfermería, creó el “Centro de cuidados humanos” e impulsó el Doctorado en Enfermería basado en el cuidado humano, en salud y educación (61).

El trabajo de Watson nace por su inquietud de entregar un nuevo significado y dignidad al mundo de enfermería y al cuidado de los pacientes, esto relacionado con sus propias experiencias y por su visión de otorgar un nuevo norte a la enfermería que se ha visto tan influenciada por el avance vertiginoso de la tecnología y el proceso de globalización. Jean Watson (16), establece 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 las enfermeras y enfermeros" (16), en este contexto se desarrolla el trabajo de Watson. Su filosofía se basa en una visión humanista del mundo y del proceso de cuidar, en donde el acto de cuidar no es un mero procedimiento, sino un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre el paciente y la enfermera, desde este enfoque, es la enfermera(o) quien debe ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, cuerpo y alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo (22).

El trabajo de Watson, no plantea un modelo estructurado de cuidados humanizados, ya que con el avance de sus investigaciones y profundización en el tema, ella ha elaborado una filosofía de cuidados humanos, en la cual define ciertos aspectos que son esenciales en la entrega de cuidados humanos y ofrece lineamientos a seguir para el mundo de la enfermería, basados en cuidados integrales, holísticos e interpersonales.

2.2.2 Principales conceptos de la filosofía del cuidado transpersonal

Watson le da gran importancia a variados conceptos entre los que destacan:

- Ocasión de cuidar o momento de cuidar: este aspecto es central y fundamental para comprender su filosofía; ella menciona que el "momento de cuidar", comienza cuando dos personas, en este caso una enfermera(o) y "otro", comienzan una relación traspersonal, en la cual se comparte una misma historia y percepciones. El "momento de cuidar", genera un punto de inflexión para la enfermera(o), el cual la debe conducir a detenerse, observar y hacer una elección consciente e intencionada de cómo actuar en ese

momento. Esto implica estar plenamente presente en el acto de cuidar, abrirse a la otra persona, a la compasión y a la conexión con el otro, controlar los propios egos. En ese momento la enfermera(o) es capaz de “leer” o interpretar los sentimientos y comportamientos del paciente, más allá de las apariencias. Por este motivo se establece que este momento es transpersonal, ya que la enfermera(o) debe ser capaz de observar y conectarse con el espíritu del otro, debe abrirse a la posibilidad de que esto pueda ocurrir (22).

- Interacción enfermera- paciente: Para Watson el cuidado es un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera-paciente), el cual involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias, al ser este un proceso intersubjetivo se ve influenciado por el autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado (22).

- Campo fenomenológico: realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana y responde a la condición del ser considerando el espíritu y el alma, el cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (22).

- Relación de cuidado transpersonal: definida como una unión espiritual entre dos personas que trasciende tiempo, espacio e historia de vida de cada uno. Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por: El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo, y por el conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto. Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva,

mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud (38).

- Enfermería: Para Watson la palabra “nurse” es sustantivo y verbo. Para ella la enfermería consiste en conocimiento, pensamientos, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión. Las enfermeras/os se deben interesar por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud y prevenir la enfermedad. Desde la perspectiva de Watson se visualiza a la enfermera(o) más allá de acciones netamente técnicas en lo que ella establece como “Estado de enfermería” y contrapone este acto al de “esencia de enfermería”, el cual corresponde a la relación transpersonal entre la enfermera y el paciente lo que se traduce en un resultado terapéutico (61).

- Personalidad (Ser Humano): Es importante destacar que Watson utiliza indistintamente los términos ser humano, persona, vida, personalidad y yo. Considera a la persona como una unidad de mente –cuerpo- espíritu y naturaleza. Describe que la personalidad va unida a las ideas de que el alma posee un cuerpo que no está confinado por tiempo y el espacio objetivos. Para ella, la persona es “mente, cuerpo y alma” (61).

- Salud: Al comienzo Watson entregaba una definición de salud basada en el concepto de la Organización mundial de la salud (OMS), actualmente, y después de la evolución de su trabajo, la ha descrito como: “unidad y armonía, en la mente, cuerpo y alma” y lo asocia con el grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado. En relación a este concepto, Watson afirma que: una dolencia, no es necesariamente una enfermedad, sino, una confusión o desarmonía, subjetiva en el yo interior o el alma de una persona en cierto nivel de desarmonía en las esferas de las personas, por ejemplo, en la mente, cuerpo o alma, de forma consciente o inconsciente. “Si

bien la dolencia puede producir enfermedad, dolencia y salud son fenómenos que no se ven necesariamente como un continuo. Los procesos de enfermedad pueden deberse a vulnerabilidades genéticas, constitucionales y manifestarse si existe una desarmonía. A su vez la enfermedad crea más desarmonía" (61).

- Entorno: Si bien no define de manera explícita el concepto "entorno", en su trabajo hace referencia a él. Por ejemplo, describe que "los espacios de curación pueden usarse para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento. Para Watson, en el entorno es donde entra en contacto la enfermera y el paciente. También hace referencia a una concepción de entorno mucho más amplia en donde integra conceptos de "mundo espiritual infinito de naturaleza y de todas las cosas vivas…" (61).

- Cuidado: Watson plantea que el cuidado no es un procedimiento o una tarea, es la razón moral para enfermería. El cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo de sensaciones compartidas entre el paciente y la enfermera. El cuidado debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y autentica. La enfermera es la que ayuda a aumentar la armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo (26).

2.2.3 Factores de cuidado o proceso caritas

En los inicios de su trabajo Watson plantea diez factores de cuidado que pasan a ser el pilar de su teoría, posteriormente estos evolucionan al denominado "proceso caritas" el cual es una extensión de los anteriores entregando una visión más concreta y tangible de aquellos diez factores originales. Estos generan las directrices para que enfermería entregue un cuidado humanizado, los cuales se describen a continuación.

1. Factor de formación humanista-altruista en un sistema de valores, el cual posteriormente pasa a definirse como: la práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente.

2. Factor de Incorporación de la fe y la esperanza, definido como: ser auténticamente presente, permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Considerando a la persona libre, con creencias propias y como un ser para el cuidado.

3. Factor del cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros, el cual se define como: cultivar las propias prácticas espirituales y transpersonales, ir más allá del ego y abrirse a los demás con sensibilidad y compasión.

4. Factor del desarrollo de una relación de ayuda y confianza; definido como el desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza.

5. Factor de la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos, el cual se entiende como: estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida.

6. Factor del uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial, el cual se puede comprender 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.

7. Factor de la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural, definido como: la 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.

8. Factor de la promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal, el cual se entiende como el participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro.

9. Factor de la asistencia con la gratificación de necesidades humanas, definido como la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger.

10. Factor del reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales, el cual se refiere al énfasis en la comprensión de la percepción del mundo desde la particularidad de cada persona. En este aspecto la fenomenología descriptiva, surge como una gran herramienta que ayuda a entender el fenómeno en cuestión (61, 62).

En relación a su teoría, Watson establece que esta fue elaborada como una visión opuesta al modelo biomédico que está centrado en la curación, muy propio de la ciencia médica. Ella ofrece su teoría como base para la ciencia y filosofía de enfermería, entregando un marco de acción para la disciplina y la profesión. Esta teoría se basa en reconocer al profesional de enfermería y al paciente como compañeros determinantes en el proceso de cuidar (61).

2.3 Marco empírico

Al hacer una revisión de la publicación científica que aborda la temática de la humanización de los cuidados, se encontraron diversos artículos que indagan sobre las características o factores que comprenden un cuidado humanizado. Es así como

del estudio de Arruda y Silva (62), realizado con pacientes diabéticos, emanaron cuatro categorías, las cuales comprendían: la escucha y diálogo; relación; resolución y acceso. A su vez, las personas con diabetes identificaron el acogimiento y el vínculo como partes importantes de la atención humanizada recibida (62).

Potter y Foguel (63), en una revisión de la literatura pesquisaron que si bien los pacientes refieren dar importancia a la satisfacción de necesidades básicas, también le otorgan gran relevancia a la disposición y al humor que presentan las personas encargadas de entregarles cuidado (63).

Behruzi *et al* (64), indagando en la percepción de cuidado humanizado en madres, identificó que para este grupo de mujeres era muy importante el equilibrio entre la atención médica y la comodidad, la seguridad y la humanidad (64).

Otro aspecto del cuidado humanizado, considerado como de gran relevancia por diversas investigaciones, es la consideración y la incorporación de la familia en el proceso de enfermedad y en los cuidados que se están entregando, ya que, muchos de estos estudios dan cuenta del impacto positivo que tiene en los pacientes el hecho de mantenerse vinculados a sus seres queridos (65-67).

A su vez, la espiritualidad es considerada como otro factor del cuidado humanizado, sin embargo, según lo pesquisado por Miqueletto *et al* (68), muchas veces a los pacientes y familiares, no se les otorga el espacio ni la oportunidad de expresarla (68).

También, surge como relevante para los pacientes, en la entrega de un cuidado humanizado, la relación que ellos establecen con las enfermeras(os), ya que este vínculo, al generar confianza impacta de manera positiva en la disminución de la ansiedad y en la adherencia al tratamiento (69).

De esta forma, diversas investigaciones dan cuenta que, la humanización del cuidado surge como una necesidad para los usuarios de los sistemas de salud, sin embargo se torna aún más relevante en las personas que presentan mayor vulnerabilidad, como los que atraviesan un proceso de enfermedad causado por un cáncer o en los pacientes terminales y sus familias (70-73).

Si bien la humanización del cuidado es considerada como necesaria en la atención que se le otorga a los pacientes y sus familias, variados estudios revelan que existe una brecha entre lo esperado y lo que realmente sucede en la práctica asistencial (74), Beltrán (14), a través de su investigación, evidencia que muchas veces el quehacer de enfermería no cumple con las expectativas de los pacientes (14), resultados similares se obtuvieron con el trabajo de Salgado *et al* (75), quienes evaluaron la percepción del cuidado en estudiantes de enfermería y un grupo de pacientes, existiendo discrepancias entre lo percibido por ambos grupos, destacando la sobrestimación de los estudiantes del cuidado entregado en relación a la percepción del cuidado recibido por parte de los pacientes (75). Este fenómeno podría estar influenciado por diversos factores, entre ellos, la carga laboral de las enfermeras(os) y el estrés laboral como lo revelan los estudios de Padillha *et al* (76) y Lopera *et al* (77), sin embargo, las instituciones también presentan un rol preponderante en la humanización de la atención, así lo evidencian las investigaciones que revelan la importancia de contar con espacios físicos adecuados para la entrega de cuidados y normativas que velen por la protección de los usuarios en su atención en salud y también por la salud mental de los trabajadores (78-81).

Otro aspecto que destaca la investigación de Silva *et al* (82), es la falta de un formación adecuada en humanización en los profesionales de la salud y de políticas claras institucionales que favorezcan la entrega de una atención humanizada (82). Resultados similares se aprecian en la investigación de Figueiredo *et al* (83) quienes exponen la falta de herramientas en enfermeras(os) para enfrentar ciertas

situaciones que se presentan en el ámbito de salud, vinculadas a las necesidades de pacientes vulnerables (83).

Lo cual podría estar relacionado con lo pesquisado por Hernández *et al* (84) quienes en su investigación encontraron que las(os) enfermeras(os), no poseían un concepto claro de humanización del cuidado, ni tampoco existía un consenso entre ellos de las implicancias de este (84). Resultados similares obtuvieron Sanches *et al* (85), quienes encontraron que los profesionales de salud tenían dificultades en la emisión de una definición clara y objetiva del concepto de humanización (85).
No obstante, diversas investigaciones han revelado la importancia de implementar ciertas estrategias que impacten en la humanización del cuidado, así lo evidencian Puerta *et al* (86), quienes a través de su trabajo dan las directrices para una adecuada dotación de enfermeras(os) que permita entregar un cuidado de calidad y humano (86).

Otras investigaciones muestran avances locales a través de ciertas intervenciones de humanización que se han realizado en población vulnerable evidenciando el impacto positivo de estas, entre ellas se encuentran acciones que favorecen el parto humanizado (87) y la lectura de cuentos infantiles a niños hospitalizados (88). Estrategias más profundas de intervención se encontraron en el estudio de Da Silva *et al*. (89) quienes revelan el impacto del plan de humanización que emana del Ministerio de Salud del Brasil, en donde se puede apreciar la importancia de la generación y aplicación de políticas que favorecen la humanización de la atención en salud (89). De esta forma Beltrán (90), a través de su investigación expone que para fortalecer la humanización del cuidado es de gran importancia realizar acciones en conjunto entre las enfermeras(os) y las instituciones de salud (90).

Este esfuerzo se ve plasmado en diversos trabajos que han buscado llevar a la práctica e implementar la Teoría de Watson en el quehacer de enfermería, es así

como variadas investigaciones revelan resultados positivos de estas iniciativas (91-96).

A su vez, es importante destacar que dentro del interés de llevar los postulados de Watson a la práctica de enfermería, se han creado diversos instrumentos que nacen desde su filosofía, para poder ser aplicados en el mundo asistencial, como por ejemplo para medir la percepción que tienen los usuarios o las(os) enfermeras(os) en relación a la entrega del cuidado humanizado, en este contexto se encuentra la investigación de Youssef *et al* (97), quienes aplicaron el instrumento *Caring Behavior Assessment* (CBA), para medir la percepción de cuidado humanizado que presentaban las(os) enfermeras(os) de unidades médico - quirúrgicas de la ciudad de Tais, Arabia Saudita, si bien el instrumento pesquisó diversos niveles de este ámbito, los autores mencionaban la necesidad de aplicar un instrumento cualitativo para profundizar en los resultados obtenidos con este de tipo cuantitativo y a su vez recomendaban que en próximas investigaciones se utilizaran instrumentos más abreviados para facilitar la aplicación de estos (97).

En este mismo contexto, una revisión sistemática sobre investigaciones cuantitativas realizada por Potter y Foguel (98), pesquisaron que los instrumentos más utilizados para evaluar percepción de cuidado humanizado eran los de Watson: "*The Caring Behaviors Assessment*" (CBA) y el de Wolf Z. (98).

En América Latina, el país que registra más publicaciones en relación a esta temática es Colombia. Rivera y Triana (16) en el año 2007 modificaron el instrumento basado en "*The Caring Behaviors Assessment*", pero para ser aplicado en población latinoamericana denominado: "Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE)". La primera vez que se utilizó fue para medir la percepción de cuidado humanizado en una clínica privada de Bogotá, los resultados arrojaron que la percepción global de cuidado humanizado entregada por los pacientes de la clínica evidenciaba que en su gran mayoría presentaban una buena percepción de

éstos, lo cual se correlacionaba de manera positiva con el hecho de que los profesionales eran conocedores de los derechos de los pacientes y los hacían respetar, cabe destacar que para la clínica en la cual se realizó el estudio, el concepto de cuidado humanizado de enfermería era la esencia de la misión del Departamento de Enfermería (16), lo cual no es una realidad para muchas instituciones y sobre todo para las que se encuentran bajo la administración pública.

En el año 2013, se realiza una nueva investigación en la ciudad de Cartagena, Colombia, en una institución pública de salud, con el objetivo de determinar la percepción de cuidados humanizados de enfermería en las unidades de hospitalizados de dicho establecimiento, para tal efecto se aplicó el instrumento PCHE en su segunda versión, la cual presentaba modificaciones en relación a su antecesora, que aumentaban su nivel de validez y confiabilidad (99). Utilizando este mismo instrumento, Bautista - Rodríguez *et al* (100), demostraron que los usuarios valoran más las acciones de atención, cariño, orientación y escucha recibidos por el personal de enfermería; sin embargo, y a pesar de la satisfacción percibida, se debía mejorar el apoyo que se les brinda en momentos críticos, ya que muchas veces no se realiza debido a la carga laboral que demanda el personal de enfermería y de esta manera mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos (100). Otra investigación que utiliza esta versión del cuestionario, es la de Romero *et al* (101), que da cuenta de que el servicio hospitalario y el estado de salud de pacientes están asociados significativamente con el cuidado humanizado de enfermería percibido (101). Siguiendo en esta línea, el estudio de González (102), utilizando el instrumento PCHE versión 2, llegó la conclusión de que al realizar el análisis comparativo entre categorías de acuerdo con su clasificación final, se identificaron el apoyo emocional y la proactividad como las categorías más percibidas en los estudiantes de Enfermería; y la empatía y el apoyo físico como las menos percibidas (102).

También se ha encontrado la investigación de Romero-Massa *et al* (103), quienes utilizando el instrumento de PCHE versión 2 pudieron concluir que los pacientes hospitalizados, experimentaron excelente y buena percepción del cuidado humanizado brindado por enfermeras, especialmente frente a priorizar el cuidado, dar apoyo emocional, características de la enfermera y sus cualidades del hacer y disponibilidad para la atención (103).

Otro estudio que utiliza este instrumento es el de González-Ruiz *et al* (104) el cual evidenció una percepción medianamente favorable sobre el concepto de "cuidado humanizado" en las familias de pacientes pediátricos (104).

Finalmente en el año 2014 González (17), realiza una investigación para validar al instrumento PCHE versión 2, tras la cual este queda constituido por 32 reactivos, dando paso a un cuestionario más operativo y a una nueva versión de éste (17).

Otro instrumento que se desprende la Filosofía de Watson es el creado por Hermosilla *et al* (105), de Chile, quienes junto con elaborarlo, procedieron a su validación dando paso a un nuevo instrumento para medir la percepción de cuidado humanizado (105).

En relación a estudios que abordan la creación de indicadores de cuidados humanizados se encontró escasa información. Sin embargo, se ha considerado importante exponer el trabajo de Kurcgant *et al* (106), quienes mencionan la importancia de la construcción de indicadores que permita evaluar la calidad de la atención de enfermería, sobre todo ahora que muchos hospitales enfrentan procesos de evaluación y acreditación, enfatizan que los indicadores pasan a ser parte de una estrategia que hace posible la búsqueda de la eficiencia y eficacia de las estructuras organizacionales, de los procesos de trabajo y de los resultados de la asistencia prestada, repercutiendo de manera directa en la calidad de la atención otorgada a los usuarios de un sistema de salud (106).

A su vez, da Silva *et al* (107), mencionan la importancia de realizar monitoreos eficaces en relación a la atención y a la seguridad del paciente, los cuales deben basarse en la implementación de indicadores que se desprendan de la pesquisa de criterios adecuados y coherentes a lo que se desea evaluar (107).

En el marco de la creación de indicadores, variados estudios dan cuenta de diversas estrategias para la elaboración de estos, destacando la técnica Delphi, por evaluación de expertos y a través de guías estructuradas en las que se han empleado métodos cualitativos para el establecimiento de los criterios a evaluar en el indicador (108-110).

Sobre la elaboración de indicadores de cuidado humanizado, se ha encontrado el trabajo de Tonin *et al* (111) quienes identificar acciones de cuidados necesarias para realizar la atención transpersonal, con las cuales se sugiere la potencial creación de criterios para la generación de indicadores (111).

Otro estudio similar, pesquisó la experiencia de enfermeras japonesas en Taiwan, que basándose en la importancia y el impacto que tiene un cuidado humanizado en las personas, buscaron identificar factores determinantes de este, con los cuales se pudiera medir de forma más objetiva, aspectos que están involucrados en un concepto tan abstracto. Para tal efecto, Lee y Wang (112) utilizaron la técnica Delphi de evaluación por expertos, para determinar qué factores estaban mayoritariamente relacionados con un cuidado humanizado para de esta forma generar indicadores que permitieran su evaluación en una residencia de adultos mayores. Ellas partieron de la base de una revisión bibliográfica a través de la cual identificaron 44 aspectos relacionados con este cuidado, posteriormente tras múltiples evaluaciones por expertos llegaron a la conclusión que existían 8 factores preponderantes en el cuidado humanizado hacia adultos mayores, los cuales correspondían a: personal amigable, medio ambiente, atención integral, empatía, individualización de la persona, considerar la autonomía, la toma de decisiones y la participación del

usuario. Sin embargo, el estudio sólo identifica estos factores y le otorga la denominación de indicadores de cuidado humanizado, sin entregar evidencia de la forma en que podrían ser sometidos a evaluación, sugiriendo que otras investigaciones sigan abordando esta temática (112).

CAPITULO 3
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivos de investigación

3.1.1 Objetivos generales

Investigación de abordaje mixto, en la cual se incorporan tres objetivos generales los cuales permiten encausar las fases de la investigación y otorgar coherencia a lo que se realizó en cada una de ellas.

1. Objetivo general n°1, que tributa a la fase cuantitativa de la investigación:
   Determinar la percepción que tienen los pacientes sobre el comportamiento de cuidado humanizado de enfermeras(os) y su dimensión más relevante.

2. Objetivo general n°2, que tributa a la fase cualitativa de la investigación:
   Develar las dimensiones y/o categorías más relevantes en cuanto a la entrega del cuidado humanizado desde la perspectiva de la(os) enfermeras(os).

3. Objetivo general n°3 que tributa a la fase final y de triangulación de la información aportada por las etapas anteriores:
   Elaborar indicadores de cuidados humanizados de enfermería que emanan de la triangulación de información recopilada desde los usuarios y enfermeras(os) expertas(os) en la temática.

3.1.2 Objetivos específicos

Los objetivos aquí presentados, se desprenden de los objetivos generales de la investigación, tributando a las distintas fases de esta.

1.1 Describir la percepción de los pacientes sobre el comportamiento de cuidado humanizado que entregan las enfermeras y enfermeros.
1.2 Identificar la dimensión más relevante en cuanto al cuidado humanizado por parte de los pacientes.
1.3 Relacionar la percepción de cuidado humanizado de los pacientes con variables biosociodemográficas.
2.1 Conceptualizar el cuidado humanizado y su importancia desde la perspectiva de las enfermeras y enfermeros.
2.2 Identificar las dimensiones y/o categorías más relevantes de la entrega del cuidado humanizado desde la perspectiva de las enfermeras y enfermeros.
3.1 Elaborar indicadores de cuidado humanizado para enfermería.

3.2 Variables y categorías

3.2.1 Variables etapa cuantitativa de la investigación

De la primera etapa de la investigación en su fase cuantitativa se desprenden las siguientes variables:

- **Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería**

“Proceso mental y subjetivo, mediante el cual el paciente interpreta, en base a la información recibida por sus sentidos (56, 113), el cuidado que le otorga la enfermera o enfermero, como un cuidado humanizado caracterizado por acciones enfocadas a actitudes y comportamientos como los son el respeto,

gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad, entre otras; en donde para que el cuidado se concrete, los pacientes deben sentir confianza y seguridad en el cuidador o cuidadora, además de ser considerado como ser humano y no como objeto (43). Para efectos de esta investigación el cuidado humanizado de enfermería será comprendido como el que considera al ser humano como alguien que es más que sólo necesidades de orden biológico, sino como un agente biopsicosocial y espiritual con los derechos que deben ser respetados, garantizando su dignidad ética (44).

La percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería se evaluó en base a tres variables derivadas de las dimensiones que presenta el instrumento PCHE versión adaptada lingüísticamente para la población chilena, las cuales son las siguientes:

V.1 Cualidades del hacer de enfermería:

Definición nominal:

Se refiere a las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería que brinda cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera(o) – paciente, contemplando las siguientes acciones:

- Hacer sentir como persona.
- Tratar con amabilidad.
- Hacer sentir bien atendido, al dialogar con la persona enferma o su familia.
- Hacer sentir tranquilo(a) a la persona enferma o su familia.
- Generar confianza en el cuidado.
- Explicar los cuidados usando un tono de voz pausado.

- Demostrar respeto por las creencias y valores de la persona enferma y su familia.

V.2 Apertura a la comunicación enfermera(o) - paciente:

Definición nominal:

Esta variable se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera(o)) a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el sujeto de cuidado (paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la trasmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado, evidenciado a través de las siguientes conductas de enfermería:

- Mirar a los ojos al hablar.
- Dedicar tiempo para aclarar inquietudes.
- Facilitar el diálogo.
- Explicar previamente los procedimientos.
- Responder con seguridad y claridad a las preguntas.
- Indicar nombre y cargo antes de realizar los procedimientos.
- Dar indicaciones sobre la atención cuando es requerido o según situación de salud.
- Proporcionar información suficiente y oportuna para que se puedan tomar decisiones sobre la situación de salud.

V.3 Disposición para la atención:

Definición nominal:

Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado, lo cual se manifiesta a través de las siguientes acciones:

- Mostrar interés por brindar comodidad durante la hospitalización.
- Dedicar el tiempo requerido para la atención.
- Llamar por su nombre.
- Atender oportunamente las necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal).
- Manifestar que está pendiente del paciente y familia.
- Permitir expresar sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Responder oportunamente al llamado del paciente o familia.
- Identificar necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual del paciente.
- Escuchar atentamente.
- Manifestar preocupación por el estado de ánimo del paciente.
- Brindar un cuidado cálido y delicado.
- Ayudar a manejar el dolor físico.
- Demostrar que es responsable con su atención.
- Respetar las decisiones del paciente y familia.
- Indicar que cuando requieran algo, le pueden llamar.
- Respetar la intimidad del paciente.
- Administrar a tiempo los medicamentos indicados por el médico.

Por lo tanto la definición operacional de la percepción de cuidado humanizado de enfermería se encuentra establecida a través de la medición de esta con el instrumento PCHE adaptado lingüísticamente para población chilena, que es un instrumento en formato Likert, y permite categorizar la percepción de cuidado humanizado de enfermería como: **siempre, casi siempre, algunas veces o nunca** (Instrumento: Anexo E) (operacionalización de variables: Anexo F).

3.2.2 Otras Variables biosociodemográficas, incluidas en la fase cuantitativa de la investigación.

- Edad.
- Sexo.
- Procedencia.
- Nivel educacional.
- Ingresos mensuales.
- Condición de pareja.

(Operacionalización de variables sociodemográficas: Anexo F).

3.2.3 Categorías fase cualitativa de la investigación

Para la fase cualitativa de este estudio es importante destacar que se establecieron ciertas dimensiones y categorías apriorísticas con el fin de que estas orientaran el proceso investigativo, cabe mencionar que esta propuesta se enmarca en un método flexible de investigación, en donde estas son sólo preliminares y pueden sufrir cambios durante el proceso investigativo (114), estas surgieron de la base teórica del estudio y de las investigaciones contempladas en el marco empírico. Sin embargo, considerando la naturaleza de la investigación cualitativa, se dejó abierta la posibilidad al surgimiento de dimensiones y categorías emergentes. En efecto, en base a toda la información emanada de esta etapa, se pudo develar otras dimensiones y categorías no contempladas previamente y si bien se relacionan

íntimamente a las apriorísticas aquí descritas, finalmente quedaron establecidas de otra forma en base a lo pesquisado en este proceso.

3.2.4 Dimensiones y categorías apriorísticas determinadas en un comienzo del estudio y que orientaron el proceso investigativo

Las siguientes son las definiciones de las categorías apriorísticas y de sus respectivas subcategorías o propiedades:

- **Dimensión 1: Cuidado humanizado de enfermería**

Cuidado entregado por la enfermera(o) que considera al ser humano como alguien que es más que sólo necesidades de orden biológico, sino como un agente biopsicosocial y espiritual con los derechos que deben ser respetados, garantizando su dignidad ética (44).

Categorías

a.1) Definición de cuidado humanizado de enfermería:

Proposición por medio de la cual se define dando un conjunto de propiedades suficiente para designar de manera unívoca una idea (55) con el fin de unificar la concepción que se posee del término a un concepto que pueda ser generalizable y de fácil comprensión para enfermeras y enfermeros.

a.2) Importancia el cuidado humanizado de enfermería:

Cualidad de lo importante, de lo que es muy conveniente o interesante, o de mucha entidad o consecuencia (55); que en este caso le otorgan las enfermeras y enfermeros al cuidado humanizado entregado por enfermería.

a.3) Factores relevantes del cuidado humanizado de enfermería:

Se entiende que el cuidado humanizado se estructura a partir de múltiples actitudes y cualidades que debe poseer la enfermera(o) para entregar cuidados basados en el respeto de la dignidad humana, los cuales pueden ser factibles de agrupar en diversos factores o temas.

Subcategorías

b.1) Factores del cuidado humanizado de enfermería:

Elementos o causas que actúan junto con otros (55). Aspectos particulares que caracterizan y son parte de un cuidado humanizado de enfermería.

b.2) Relevancia de los factores del cuidado de enfermería:

Cualidad o condición de relevante, importancia, significación (55). De los factores identificados, cuáles de estos son pesquisados como más importantes.

3.2.5 Variables consideradas en la fase cualitativa para la caracterización de la muestra de enfermeras y enfermeros

Para la adecuada comprensión del fenómeno de estudio, se han considerado diversos aspectos de índole social y laboral de enfermeras(os) expertas(os) en la temática de los cuidado humanizados, para caracterizar la muestra. Estos son: edad, sexo, años de experiencia laboral, años trabajando en la temática de los cuidados humanizados, área del quehacer de enfermería en la cual se desempeña, número de investigaciones realizadas en la temática de los cuidados humanizados (operacionalización de variables: Anexo G).

CAPITULO 4
DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Sujeto y método

4.1.1 Diseño de estudio

Estudio de abordaje mixto, cuantitativo – cualitativo, exploratorio, con un control de datos secuencial, prioridad igualitaria de ambas metodologías, en el cual, el proceso de mezcla de datos se realizó en la etapa de interpretación (115). La fase cuantitativa correspondió a un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal. En la fase cualitativa correspondió a un estudio de tipo descriptivo interpretativo, en el cual se utilizó el proceso de codificación axial de la teoría fundamentada.

4.1.2 Método

Para la elaboración de indicadores de cuidado humanizado, se desarrolló un proceso metodológico, que permitió la incorporación de información relevante y fidedigna necesaria para la identificación de aspectos y factores cotidianos relacionados con el fenómeno de estudio. Dicho proceso guio la creación de indicadores de cuidado humanizado en enfermería.

La elaboración de estos indicadores, se realizó a través de las siguientes fases del proceso metodológico:

1. Revisión exhaustiva de la literatura

Como primer paso, se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica exhaustiva sobre la humanización del cuidado. Esta etapa fue fundamental para el desarrollo del estudio, ya que el revisar literatura y documentarse, permitió ampliar el conocimiento acerca del fenómeno de interés, pudiendo de esta manera, identificar que se conocía al respecto y cuáles eran las áreas de oportunidad para aumentar el conocimiento o desarrollo de la temática en particular.

La revisión de la literatura se orientó a abordar el cuidado humanizado desde diferentes ámbitos, partiendo desde la Teoría, para lo cual se profundizó en la Filosofía del Cuidado Humano de Jean Watson, máxima exponente del tema para el mundo de la enfermería, y luego se procedió a la revisión de la evidencia empírica sobre cuidado humanizado a través de la búsqueda de artículos en las bases de datos *Web Of Science, Scopus, Science Direct*, SciELO y Pub Med, con los criterios de búsqueda de las siguientes palabras clave y/o descriptores: “cuidado humanizado “atención humanizada” “cuidado de enfermería” y con no más de 5 años de antigüedad a la fecha del estudio con la excepción de referentes en la temática como, Watson. La exploración de diversas investigaciones y artículos aportó una idea más clara de cómo se presenta el cuidado humanizado de enfermería en la actualidad, por lo cual este proceso fue de suma importancia para contextualizar el tema de estudio (116).

Además, se procedió a la documentación en relación a las políticas gubernamentales chilenas, que abordaban temas como el trato usuario, deberes y derechos de los pacientes y el respeto a la dignidad humana, todos estos, aspectos íntimamente relacionados al cuidado humanizado.

De esta forma se contó con información, que permitió tener una idea más completa sobre el objeto de estudio, de los componentes de este y de los aspectos necesarios de fortalecer en la práctica.

2. Desarrollo de la adaptación lingüística transcultural y validación del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidados humanizados de enfermería (PCHE) 3° Versión de González 2014 (17) (Anexo D), para ser aplicado en población chilena

Se procedió a realizar un trabajo metodológico que implicó el apoyo de un experto en lingüística y español, que orientó en la adaptación del instrumento del español hablado en Colombia al español utilizado en Chile. De esta forma, este proceso contó con dos etapas.

En la primera, se realizó la adaptación lingüística transcultural. Como no existe consenso sobre la metodología que se debe seguir para adaptar un instrumento a otro contexto cultural que comparten el idioma de la versión original o de una de sus versiones adaptadas, se trabajó con un enfoque intralingual, es decir, de adaptación en la misma lengua, la que contempla una adaptación lingüística de ajuste (117). Para tal efecto, se utilizó el método de análisis lingüístico por ítem, que consistió en buscar equivalencias sociopragmáticas para los ítems del cuestionario, considerando las diferencias culturales entre las comunidades de origen y destino, con el objetivo de identificar términos de uso poco frecuente o con un significado distinto al del lugar donde se pretende aplicar el instrumento (118,119), de esta forma se procedió a sustituir esos vocablos por otros de mejor comprensión para el lenguaje utilizado en Chile.

Este proceso de ajuste de contenido de los ítems del instrumento fue necesario para adaptarlo a la visión particular de la comunidad de destino, de modo que el resultado estuviera provisto de "viabilidad cultural" (120), dando como resultado

una equivalencia lingüística entre ambas versiones, que se desarrolló como se explica a continuación: Aplicación del instrumento “PCHE 2014 versión colombiana”(17) a una muestra aleatoria estratificada de 60 personas de nacionalidad chilena, de diferentes edades, sexo y nivel de instrucción, con el objetivo de obtener un resultado que integrara la visión de diversos grupos humanos. A estas personas se les solicitó que respondieran y analizaran el contenido de los ítems del cuestionario, para evaluar dos criterios: claridad y comprensión. Posteriormente, los resultados de esta etapa fueron revisados y analizados en conjunto con un experto en lingüística. Es así como se logró adecuar el instrumento original a la cultura chilena.

La fase dos, consistió en evaluar la confiabilidad y validez del instrumento PCHE versión español-chileno. La confiabilidad se analizó a través de la consistencia interna utilizando el coeficiente de Alfa de Cronbach, para este estudió se consideró que los reactivos medían en forma óptima el constructo cuando los valores encontrados estuvieran entre 0,7 y 0,9 (121). La validez del instrumento se analizó a través de validez de constructo (122), para tal efecto se utilizó un método correlacional, aplicando un test que midiera los mismos aspectos o muy similares contemplados en el cuestionario PCHE adaptado lingüísticamente para población chilena, lo cual se denomina validación por convergencia o convergente, que indica las correlaciones positivas con otro test que mida lo mismo (123). Para cumplir con este criterio se utilizó el cuestionario: “Escala de evaluación de la percepción del cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería” de Hermosilla *et al* (105) validado para población chilena, el cual está compuesto por 36 ítems o reactivos (105), instrumentos que fueron aplicados de manera simultánea a un mismo grupo de pacientes hospitalizados en una unidad de traumatología de un Hospital dependiente del Servicio de Salud Talcahuano, la cual correspondió a una muestra aleatoria simple.

3. Identificación de la percepción de cuidado humanizado por el receptor de cuidado

Posterior a la adaptación lingüística transcultural y validación del instrumento PCHE versión para ser aplicada en Chile, el siguiente paso metodológico, comprendió la identificación desde la perspectiva de los usuarios de su percepción acerca de la entrega de un cuidado humanizado por parte de las/los enfermeras(os).

Para tal efecto, se procedió a medir la percepción de los usuarios de tres establecimientos pertenecientes a un Servicio de Salud de la Octava Región, Chile, de ellos dos establecimientos son de mediana complejidad y uno es de alta complejidad, de los de mediana complejidad un hospital se encuentra normalizado, lo que implica que se está recientemente remodelado a diferencia del otro, que corresponde a un hospital aún con dependencias antiguas y mayor número de pacientes hospitalizados por sala. Sin embargo, en los tres establecimientos los pacientes se distribuyen según patología de tipo médica (medicina) o quirúrgicas (cirugía). Los participantes en el estudio correspondieron a personas enfermas, con más de tres días hospitalizadas en el recinto asistencial en servicios clínicos de cirugía y medicina (unidades generales) y que fueran mayores de 18 años, habilitados intelectualmente (que respondieran coherentemente a su nombre, lugar de estadía y fecha), en total la muestra correspondió a 150 personas.

Esta parte del proceso se considera de suma importancia, ya que permitió la identificación de aspectos positivos para la humanización de los cuidados de enfermería desde la perspectiva de los pacientes y otros elementos que se visualizaron como una gran oportunidad de mejora y aporte para la generación de indicadores de cuidado humanizado.

El análisis descriptivo e inferencial de datos de esta fase de la investigación, se realizó a través del software computacional SPSS Versión 11.5 (*Statistical Package for the Social Science*).

4. Percepción de cuidado humanizado por parte de proveedores de cuidado

Estudio de tipo descriptivo interpretativo, en el cual se utilizó el proceso de codificación axial de la teoría fundamentada. Es importante destacar, que este método de investigación presenta un soporte epistemológico que radica en la vinculación entre la comprensión de un objeto de estudio a través del significado que le otorgan los participantes de la investigación (124), así esta metodología permite comenzar el proceso investigativo desde un área de estudio de la cual van emergiendo los datos, desde donde se va generando el conocimiento, el cual aumenta la comprensión de un fenómeno en particular y a su vez proporciona una guía para la acción (125), de esta forma se va articulando el proceso investigativo a través de la recolección, codificación y análisis de datos como un proceso metódico, sistemático e interpretativo, propio del paradigma cualitativo (124).

Es así, como a la luz de este enfoque se evaluó la percepción y visión del cuidado humanizado que presentaban enfermeras(os) con ciertas características que los vinculaban de manera más cercana a una entrega de cuidado humanizado, las cuales contemplaban: haber trabajado en alguna investigación o proyecto que involucrara el cuidado humanizado, o bien, que trabajaran en unidades con pacientes vulnerables que requieren de un cuidado humanizado y por lo cual estas(os) enfermeras(os) se encontraban sensibilizados con esta temática, de esta forma, la muestra quedó constituida por 10 enfermeras(os), ya que con ellos se llegó a la saturación de información y que no necesariamente se encontraban vinculados a los centros asistenciales

en donde se realizó la fase cuantitativa de la investigación, debido a los criterios de inclusión establecidos para esta etapa del estudio. Estos profesionales por las características mencionadas, se consideraron como expertos en la temática.

El aporte de la fase cualitativa fue de suma importancia para el desarrollo de indicadores de cuidado humanizado, permitiendo la mejor comprensión del fenómeno de estudio y la identificación de las barreras que se presentan para el ejercicio de un cuidado humanizado. Es así como la participación de estos expertos contribuyó a fortalecer la información recopilada y aportó elementos y conceptos fundamentales que más tarde permitieron identificar de manera más específica términos y aspectos para la formulación de indicadores de cuidado humanizado para la práctica asistencial.

5. Triangulación de la información: Teoría, fase cuantitativa, fase cualitativa

Según Benavides y Gómez- Restrepo (126), la triangulación hace referencia a la utilización de diversas fuentes de información, entre ellas; la teoría y diferentes tipos de investigación. Este método permite la búsqueda e identificación de patrones de convergencia entre las fuentes empleadas, lo cual permite una interpretación más global del fenómeno de estudio.

Esta metodología fortalece un estudio, ya que permite complementar las diversas fuentes de información y reducir los sesgos que puedan presentar una u otra. A su vez favorece la visualización de un problema desde distintas perspectivas, ampliando el espectro de abordaje de ese fenómeno, permitiendo profundizar sobre el tema de estudio y tener una mayor comprensión de este (126).

Es así como se realizó la triangulación de la teoría con ambas fases investigativas, proceso que permitió darle soporte teórico a la investigación, posteriormente se llevó a cabo la triangulación metodológica de la fase cuantitativa con la fase cualitativa del estudio, este paso permitió contar con una visión más amplia del cuidado humanizado, ya que el emplear sólo una metodología de investigación, hubiese reducido el espectro de información para abordar la temática de interés, por lo cual se hacía necesaria la triangulación de la información.

Para tal efecto, se comenzó separando las dimensiones de la fase cuantitativa y analizando cada reactivo de manera independiente, identificando a su vez los que habían sido evaluados más débilmente por los pacientes, buscando una oportunidad de mejora, este proceso facilitó en análisis por convergencia de la información aportada por la fase cualitativa.

Posteriormente, se realizó la comparación en paralelo de las dimensiones y categorías que habían emergido de la fase cualitativita, logrando identificar algunas que se relacionaban de manera directa o indirecta con lo contemplado en la fase cuantitativa, sin embargo otras no se vincularon, no obstante, éstas presentaron soporte en la literatura, ya que al hacer la triangulación con la Teoría de Watson, estos aspectos emergentes de forma cualitativa se encontraban incluidos o relacionados a los 10 factores de cuidado de Watson.

6. Análisis de la información emanada de la triangulación de los datos

Del análisis en profundidad de la información emanada de la triangulación, permitió identificar que además de las tres dimensiones declaradas por el instrumento cuantitativo en relación a la humanización de los cuidados, existían otras categorías emergidas de la fase cualitativa y soportadas por la Teoría, que nutrían y fortalecían la visión global de un cuidado humanizado otorgado por

enfermería, permitiendo pesquisar aspectos de este susceptibles de ser medidos en la práctica a través de un indicador. De esta forma surgió un listado de amplios elementos de cuidado humanizado factibles de ser incluidos en el diseño de un indicador que midiera este ámbito del cuidado.

De la evaluación de la información cuantitativa, se lograron identificar 26 reactivos susceptibles de ser integrados en la creación de indicadores de cuidado humanizado, los cuales también se encontraban contenidos en la fase cualitativa, sin embargo se agregaron 4 aspectos de esta etapa de la investigación no contemplados de manera concreta en la parte cuantitativa.

Posteriormente, tras el análisis de toda la información emanada, se lograron identificar 7 aspectos más susceptibles de ser incluidos en indicadores de cuidado humanizado, de esta forma se obtuvo un total de 37 elementos factibles de ser medidos e integrados en el desarrollo de estos indicadores.

Al realizar una segunda revisión de estos aspectos, se agruparon en los que estaban más orientados a ser evaluados desde la perspectiva del paciente y otros desde la perspectiva de la institución, dando origen a dos indicadores de cuidado humanizado.

7. Evaluación por enfermeras(os) expertas(os) de indicadores propuestos

Una vez construidos los indicadores, estos fueron sometidos a evaluación por parte de enfermeras(os) expertas(os) en la temática, para tal objetivo se contó con un grupo de 9 enfermeras(os) que habían sido parte de la fase cualitativa de la investigación. A ellas(os), se les envío por vía correo electrónico, los indicadores propuestos de cuidado humanizado y se les solicitó que los analizaran y enviaran su retroalimentación a la autora, a través de una pauta confeccionada para tal efecto (Anexo P). Una vez, realizado este proceso, se

depuraran los indicadores con la información aportada, permitiendo contar con indicadores aptos para ser sometidos a prueba en la institución.

8. Evaluación de indicador dirigido al paciente

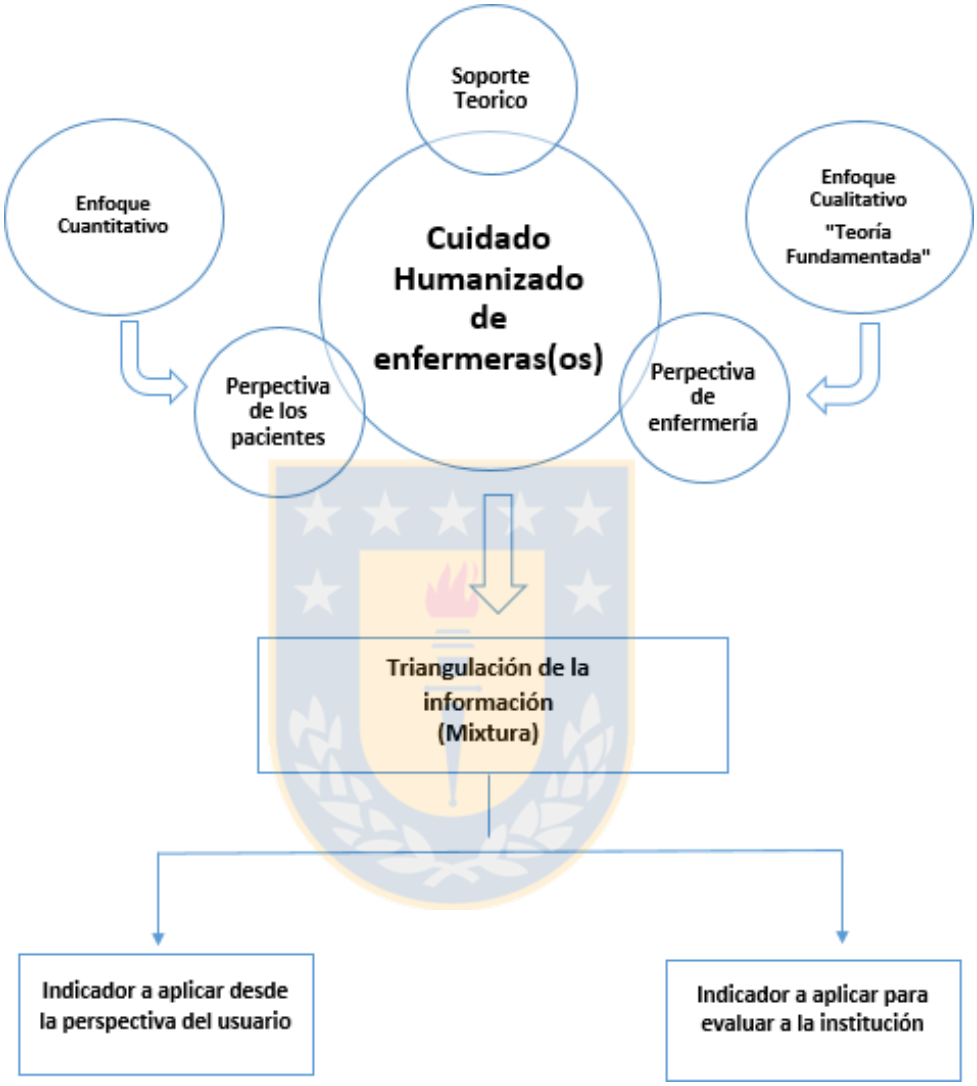
En la institución, el indicador orientado a evaluar cuidado humanizado desde la perspectiva del paciente, fue sometido a prueba con un grupo de 5 personas hospitalizadas de una unidad general. De esta forma se evalúo la comprensión de los reactivos involucrados en el indicador y de la factibilidad de aplicación. Una vez sometido a este proceso, se comprobó que el indicador era fácil de aplicar, simple y orientado a medir de manera concreta la entrega de un cuidado humanizado por parte de enfermería.

9. Evaluación de indicador dirigido a la institución

El indicador orientado a medir la entrega de cuidado por parte de la institución, fue sometido a prueba y depurado con la retroalimentación entregada por personas que toman decisiones (directivos que están o han estado vinculados a las instituciones involucradas en este estudio). De esta forma, ellos entregaron su apreciación y recomendaciones sobre el indicador creado, con el fin de que este fuera óptimo y un real aporte a la práctica asistencial.

El resumen de la metodología aplicada para el desarrollo y creación de indicadores de cuidado humanizado, se pude apreciar en la Figura 4.1 en donde se aprecia la integración de aspectos teóricos y distintas metodologías investigativas que guiaron este proceso (Figura 4.1).

Figura 4.1 Resumen metodológico del desarrollo y creación de indicadores de cuidado humanizado



Fuente: Elaboración propia

4.1.3 Población de Estudio

Al ser esta una investigación con metodología de tipo mixta, en cada uno de los aspectos mencionados a continuación se hará alusión a lo que contempla la investigación en su primera etapa cuantitativa y luego en la etapa cualitativa.

Universo

Fase Cuantitativa: Usuarios adultos que estén cursando con un proceso de hospitalización, en recintos de salud de atención cerrada dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bío-Bío, Chile, durante el primer semestre del año 2016.

Fase Cualitativa: Enfermeras y enfermeros expertas(os) a nivel nacional, que ha trabajado con la temática de humanización del cuidado en enfermería.

Unidad de análisis

Fase Cuantitativa: Usuarios adultos que estén cursando con un proceso de hospitalización, en recintos de salud de atención cerrada dependientes de un Servicio de Salud de Región del Bio Bío, Chile.

Fase Cualitativa: Enfermeras y enfermeros expertas(os) en la temática de la humanización del cuidado, a nivel nacional que han trabajado en investigación o se desempeñan en áreas relacionadas con el cuidado humanizado de enfermería.

Tipo de muestra

Fase Cuantitativa: Muestra probabilística, aleatoria simple (125). Para tal efecto se utilizó el software "*Random Number*", que permite obtener números de forma aleatoria, el cual fue empleado en la selección de los días en los cuales se asistió a las unidades clínicas a obtener la muestra y a su vez, también fue utilizado para la selección de forma aleatoria de los pacientes.

El tamaño de muestra calculó en base a la siguiente fórmula (125):

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_a^2 * p * q}$$

En donde:

N = Total de la población

Z_a^2 = 1.962 (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (5% = 0.05)

q = 1 – p (1 - 0.05 = 0.95)

d = precisión (un 3% = 0.03)

Se utilizó esta fórmula, ya que se conocía el número referencial del universo correspondiente a los pacientes hospitalizados en medicina y cirugía de los tres centros asistenciales participantes en esta investigación, el cual correspondió a 250 personas aproximadamente, con este dato aplicado a la fórmula se pudo obtener el tamaño muestral el cual correspondió a 152, que posteriormente quedó constituida por 150 ya que hubo errores en dos encuestas las cuales e tuvieron que descartar.

Fase Cualitativa: Selección intencional o por conveniencia. Hasta llegar a la saturación de los datos, en donde la saturación de la información se refiere al momento en que, después de la realización de un número de entrevistas el material cualitativo deja de aportar datos nuevos.

Criterios de elegibilidad

En este estudio se trabajó con el Servicio de Salud Talcahuano, el cual se seleccionó por encontrarse en la Región a la cual pertenece la investigadora, lo cual tuvo un impacto en abaratar costos de desplazamientos y en hacer compatible esa etapa investigativa con las labores académicas. A su vez este Servicio de Salud,

cuenta con hospitales de alta complejidad bajo su administración, hecho que lo hacía apto para esta investigación.

Criterios de inclusión de participantes

Fase Cuantitativa: Criterios de inclusión de usuarios o pacientes:

- Participación voluntaria con respectivo consentimiento informado firmado.
- Personas adultas hospitalizados habilitadas intelectualmente (sin patologías de salud metal o físicas que impidan el contestar preguntas y encuesta) y que al momento de la aplicación del cuestionario respondieron orientadamente dando su nombre y lugar en el cual se encontraban.
- Las personas deben estar cursando un proceso de hospitalización, pero con una estadía minina de 3 días en el centro hospitalario.

Fase Cualitativa: Criterios de inclusión de enfermeras(os) expertas(os). Para la participación de las(os) enfermeras(os) en esta fase del estudio el primer criterio se consideró obligatorio:

- Enfermeras(os) que hayan trabajado en un periodo superior a tres años en la temática de los cuidados humanizados de enfermería o en unidades que estuvieran íntimamente relacionadas a ésta.

De los siguientes, bastaba que la/él enfermera(o) cumpliera con uno de los tres criterios que se enuncian a continuación:

- Enfermeras(os) que hayan trabajado o estén desarrollando investigaciones en el ámbito de la humanización del cuidado de enfermería.
- Enfermeras(os) que trabajen en grupos de cuidado humanizado.

- Enfermeras(os) que trabajen en unidades en que la humanización de los cuidados es una temática sensible por las características del servicio clínico como: unidades de cuidados intensivos adultos y/o pediátricas, unidades oncológicas, unidades de diálisis y/o trasplante.

4.1.4 Recolección de Datos

Instrumentos a utilizar en fase cuantitativa

a) Cuestionario de antecedentes biosociodemográficos:

Cuestionario confeccionado por la autora que estaba dirigido a recolectar información relevante para el estudio de índole biológica; social y demográfica, como: edad, sexo, procedencia, nivel educacional e ingresos mensuales por persona y condición de pareja; estos datos fueron solicitados a las personas encuestadas. Todos estos aspectos quedaron contemplados en un formulario tipo donde se recogieron los antecedentes biosociodemográficos.

b) Instrumento "Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería" autorizado por sus autores (se adjunta documento de autorización Anexos A, B y C):

Este instrumento surge de los lineamientos de Jean Watson, elaborado por Rivera y Triana (16) en el año 2001, para dar respuesta a la inquietud de pesquisar cual era la percepción que las personas tenían de cuidado humanizado entregados por enfermería, en su primera versión dicho instrumento constó de 50 ítems (16).

En el año 2008 éste se somete a validación de contenido y facial, realizado por Reina y Vargas (127), en aquella oportunidad la validez facial fue alta con pacientes, expresado en un índice de 0.94 y validez facial con expertos de nivel medio, con un índice de acuerdo de 0.78 y un índice de contenido de 0.8364; sin embargo, los expertos en el análisis cualitativo de la validez facial y de contenido hicieron diversas observaciones, entre estas fortalecer el respaldo teórico y dentro del estudio se sugiere que se reduzcan el número de ítems y hacer ajustes semánticos de las pregunta. Bajo estas observaciones se elaboró una segunda versión del instrumento que constaba de 32 ítems (127).

En el año 2014 González (17) realiza una nueva versión del instrumento, basándose en las experiencia anteriores, se procedió a realizar el ajuste a 12 ítems, de manera que fueran más claros a los sujetos de aplicación, posterior a ello se obtuvo una validez facial de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98. El Alfa de Cronbach calculado para esta nueva versión del instrumento fue de 0,96 (17). Finalmente este instrumento cuenta con 32 preguntas en formato *likert* de cuatro opciones: siempre, casi siempre, algunas veces y nunca. Las preguntas tributan a tres grandes dimensiones las cuales corresponden a: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o)–paciente y disposición para la atención (Anexo D).

Al ser este un instrumento validado para población Colombiana, se procedió a realizar la adaptación lingüística y transcultural del instrumento y posterior validación de constructo por convergencia, con el objetivo de evitar sesgos derivados del lenguaje y de esta forma facilitar la claridad y comprensión del instrumento por parte de los usuarios chilenos. Es por ello que se contó con el apoyo del Dr. Daniel Pereira, experto en idioma español y lingüística y posteriormente para la validación se contó con la guía del Mg. en estadística Luis Luengo. De esta forma se obtuvo un cuestionario adaptado lingüísticamente al lenguaje y cultura de la población chilena y validado, en el cual sólo se

modificaron tiempos verbales y vocablos para facilitar la comprensión, sin intervenir en el sentido de las preguntas del instrumento, así este quedo constituido por 32 reactivos los cuales tributaban a las mismas tres dimensiones del instrumento original del año 2014 (Anexo E).

Finalmente, este instrumento adaptado lingüísticamente y validado para población chilena, fue utilizado para medir la percepción de cuidados humanizados entregados por enfermería en pacientes hospitalizados en las unidades clínicas de Medicina y Cirugía de los tres hospitales dependientes del Servicio de Salud Talcahuano.

Instrumentos a utilizar en fase cualitativa

a) Cuestionario de antecedentes biosociolaborales:

Cuestionario confeccionado por la autora cuyo objetivo fue recolectar información relevante para el estudio de índole social y laboral de enfermeras(os) expertas(os) en la temática de los cuidado humanizados. El cual incluyó edad, sexo, años de experiencia laboral, años trabajando en la temática de los cuidados humanizados o en unidad especificada en criterios de inclusión, área del quehacer de enfermería en la cual se desempeña, investigaciones realizadas en la temática de los cuidados humanizados.

b) Entrevista semiestructurada:

Instrumento que permite recopilar información, acudiendo directamente a aquellas personas que se consideran informantes esenciales para la investigación (128). Para tal efecto se elaboró y se utilizó un cuestionario semiestructurado que permitió dar una secuencia lógica y orden al proceso de la entrevista, es importante destacar que durante las entrevistas, según como se

iban explayando las(os) participantes no siempre se pudieron realizar todas las preguntas contempladas, ya que en algunos casos al dar una respuesta, verbalizaban aspectos que se contemplaban en las preguntas.

Todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal, quien, bajo autorización y consentimiento, grababa cada una de estas y a su vez tomaba nota de los aspectos principales.

En estas entrevistas se consideraron las siguientes preguntas orientadoras:

- ¿Cómo definiría usted cuidado humanizado de enfermería?
- ¿Qué importancia le entrega usted al cuidado humanizado de enfermería?
- ¿Qué factores o elementos usted considera que caracterizan el cuidado humanizado de enfermería?
- ¿De los factores o elementos anteriormente mencionados, cuáles cree usted que son más relevantes o importantes en la entrega de cuidado humanizado de enfermería?

Las entrevistas fueron desarrolladas durante los meses de Marzo hasta Junio del 2017, para efectuarlas se consideró un ambiente adecuado, que presentara condiciones de privacidad y comodidad, para lo cual se accedió a una sala de la Universidad Católica del Maule y a oficinas dentro del Hospital de Talca y del Hospital Las Higueras de Talcahuano. Cada entrevista tuvo una duración de 60 a 120 min como máximo.

4.1.5 Control de calidad de los datos

1. Fase cuantitativa

El primer paso para el control de calidad de los datos fue realizar la adaptación lingüística transcultural del instrumento PCHE versión 2014 Colombia, con el fin de que los ítems contemplados en este fueran claros y de fácil comprensión para la población chilena evitando sesgos derivados del lenguaje, posterior a ese proceso se procedió a evaluar su validez de constructo por convergencia al aplicarlo en conjunto con otro instrumento que medía el mismo fenómeno de estudio, esta etapa de la investigación se llevó a cabo a través de la prueba piloto.

También es importante mencionar en esta etapa, que para la recolección de datos se preparó previamente un grupo de estudiantes de enfermería de último nivel, a quienes se les capacitó en el instrumento PCHE versión adaptada y validada para ser utilizado en Chile y la forma de realizar en proceso de aplicación del instrumento, para que éste fuera dada en las mismas condiciones en los diferentes establecimientos participantes de la investigación, a su vez, estos estudiantes colaboradores, fueron vestidos con ropa cotidiana para no generar algún tipo de sesgo al andar con sus uniformes.

Confiabilidad y validez del instrumento

En relación a la confiabilidad del instrumento, el coeficiente alfa de Cronbach resultó con un valor de 0.92, posterior a su aplicación en la prueba piloto, lo cual evidenció que los elementos de la escala eran homogéneos y, por lo tanto, que esta medía de forma consistente la propiedad para la cual fue diseñada (alta consistencia interna). Validez de constructo: los resultados de la prueba piloto demostraron que el nuevo cuestionario era muy claro y comprensible para los

pacientes chilenos y a su vez presentó una alta correlación positiva con el otro instrumento con el cual fue sometido a evaluación, lo cual arrojó un valor de 0.73, evidenciando una convergencia positiva, determinando una adecuada validez de constructo o contenido del instrumento PCHE versión adaptada a Chile.

2. Fase cualitativa

El rigor de la investigación en su fase cualitativa se ha considerado en base a los criterios de fiabilidad, los cuales corresponden a (129).

a) Credibilidad o valor de la verdad (validez interna): hace referencia a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno estudiado (129).

Para efectos de esta investigación se resguardó este criterio, a través de:

- Trascripción textual de las entrevistas para respaldar el análisis de la investigadora.
- Se dio a conocer la trascripción de las entrevistas a las(os) participantes, para que ellos verificaran que todo lo escrito correspondía a lo emitido por ellos.
- Los resultados obtenidos se cotejaron con otras investigaciones realizadas en la temática de la humanización del cuidado en enfermería, identificando que existían lineamientos comunes entre este estudio y esas investigaciones.

b) Aplicabilidad (validez externa/generalización): Consiste en la posibilidad de trasferir los resultados a otros contextos o grupos (129). Este criterio se resguarda en base a que:

- Los resultados de este estudio podrán ser potencialmente aplicables en distintos centros asistenciales de atención cerrada del país, este hecho se fundamenta además en el rigor metodológico que se llevó a cabo en esta investigación.
- Además, es importante considerar que a nivel nacional existe una búsqueda de consenso en relación a esta temática, lo cual favorece la aplicabilidad de los análisis y conclusiones de este estudio.

c) Auditabilidad (consistencia/fiablidad): se refiere a la posibilidad que otros investigadores puedan "seguir la pista" al investigador original y llegar a hallazgos similares (129). Para dar cumplimiento a este criterio se realizó lo siguiente:

- Mantención de un registro riguroso y documentación completa de grabaciones digitales de voz, transcripción de los relatos, trabajo conceptual, decisiones e ideas que la investigadora iba obtenido durante el desarrollo del estudio.

d) Confirmabilidad (objetividad/neutralidad): Garantía de que los resultados de una investigación no están sesgados por motivaciones, intereses y perspectivas del investigador. Para tal efecto se realizaron los siguientes pasos metodológicos:

- Los hallazgos de esta fase de la investigación se triangularon con la Teoría, proceso que dio cuenta que la información emergida se encontraba soportada por la literatura.
- Realización de triangulación metodológica, con las pesquisas de la fase cuantitativa, en donde se encontraron lineamientos comunes entre ambos métodos más la profundización de otros aspectos por parte de la fase cualitativa.

- Validación por parte de los participantes en esta etapa del estudio, a quienes se les presentaron los resultados y otorgaron su aprobación a estos (130).

4.1.6 Análisis de los datos

Fase cuantitativa

Para el análisis de los datos se utilizó, estadística paramétrica inferencial.

Para la caracterización demográfica, se recurrió a estadística descriptiva, haciendo uso de medias, desviación estándar, valor mínimo y máximo, utilización de porcentajes para el análisis de los datos.

En la segunda parte de esta fase de la investigación, para el análisis de la percepción de los pacientes de comportamientos de cuidado humanizado otorgados por enfermeras(os), se continuó utilizando estadística descriptiva con la aplicación de las mismas pruebas del proceso anterior.

Al realizar la comparación de grupos, se aplicó comparación de medias con el análisis de la varianza (ANOVA). Para identificar entre que grupos existían mayores diferencias se trabajó con el post test de *Tukey*.

Para establecer normalidad de los datos se utilizó el test de *Shapiro–Wilk*, dando por resultado que los datos no se distribuían de manera normal, teniendo que recurrir a estadística no paramétrica, por lo cual para establecer correlaciones se trabajó con la *Rho* de Spearman.

Fase cualitativa

Análisis de contenido. Más análisis axial de la información recopilada, lo cual implica interpretar y otorgar un significado a lo obtenido.

Para tal efecto en primer lugar se procedió a la grabación de cada una de las entrevistas y posterior trascripción textual de éstas.

El primer análisis de la información emanada de las entrevistas se realizó durante el proceso de trascripción, como una forma de tener una visión preliminar de los datos que iban emergiendo de cada uno de los discursos, este proceso fue desarrollado íntegramente por la investigadora principal.

El siguiente paso fue leer cada una de las entrevistas de manera detallada y profunda, subrayando térmicos, conceptos y frases que estuvieran relacionadas entre sí y con la temática de estudio, para lo cual sirvió como guía las categorías apriorísticas establecidas.

Luego se procedió a una segunda lectura en profundidad de cada una de las entrevistas, aquí se empleó una tabla de análisis temático en la cual se iban incorporando todos los discursos que contenían alguna unidad considerada relevante o significativa relacionada con el fenómeno de estudio. De esta forma se realizó la descomposición del todo en sus partes más singulares o pequeñas.

El paso siguiente consistió en la comparación de similitudes y diferencias entre las unidades contenidas en los diferentes discursos, lo cual fue permitiendo establecer vínculos entre ellas y de estar forma ir agrupándolas bajo el concepto de criterio temático, es decir las unidades que presentaban vinculación se dejaban asignadas a un mismo grupo. De esta forma, las unidades cubiertas por un mismo tópico pasaron a formar las diferentes categorías, sin embargo, al continuar con el análisis

y la agrupación de unidades en categorías se evidenció que existían categorías que tributaban a otros ejes temáticos que si bien se relacionaban íntimamente con el fenómeno de estudio, abordaban otras temáticas que alojaban a otras categorías, de esta forma fueron emergiendo las distintas dimensiones y sus categorías, a su vez en un posterior análisis, surgieron unidades que permitían comprender de mejor manera la categoría, dando origen a las subcategorías y propiedades de éstas. Así, el análisis comprendió el proceso de reduccionismo, el cual consistió en ir enlazando conceptos en base a lo contenido en los discursos, lo cual permitió ir delimitando las categorías y subcategorías, una vez que éstas se identificaron claramente, solo se codificó información que estuviera estrictamente relacionadas a estas, proceso conocido en Teoría Fundamentada, como codificación selectiva (131).

Es así como el análisis se basó en el criterio de parsimonia, es decir hacer máxima la explicación y comprensión de un fenómeno con el mínimo de conceptos y formulaciones, conformando una teoría que permite dar explicación al fenómeno de estudio.

4.1.7 Aspectos éticos

Los aspectos éticos de este estudio se resguardaron, con la presentación y aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción (Anexo H).

Este proyecto también fue presentado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, entidad de la que dependen los tres establecimientos con los cuales se trabajó en la fase cuantitativa de la investigación, los cuales también dieron su aprobación al estudio. (Anexo I,J,K,L).

Para efectos de esta investigación, al estar involucrados seres humanos, se resguardaron sus derechos y el respeto a la dignidad humana, a través de los lineamientos que entregan Ezequiel Emmanuel, los cuales contemplan lo siguiente:

- **Valor**

Se trata de emitir un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación (132). En el caso particular de este estudio, a través de la argumentación entregada que justifica el problema de investigación se evidencia la importancia social, científica y clínica de esta investigación.

- **Validez científica**

En esta investigación se resguardó este principio, al ser un estudio original, el cual se ciñó de manera rigurosa a la metodología de la investigación.

- **Selección equitativa del sujeto**

Este principio se relaciona con el principio de justicia y la distribución equitativa y ética de recursos o beneficios. Para tal efecto en el ámbito de la investigación y para dar cumplimiento a éste se contempló que los participantes del estudio de la fase cuantitativa estuvieran seleccionados de una manera aleatoria y que su participación fuera absolutamente voluntaria, resguardando también el principio de confidencialidad y protección de la información entregada con el fin de que esta no generara sesgos en la atención que en los hospitales se les entregaba a los pacientes. A su vez, para la fase cualitativa, la participación de los entrevistados fue voluntaria y también se resguardo la confidencialidad de sus datos e información entregada.

También se ha considerado que una vez obtenidos los resultados de la investigación, estos se socializarán a los actores involucrados y en segundo lugar, con la información obtenida en este estudio se pretende realizar un aporte al ámbito del quehacer de enfermería, a través de los indicadores de cuidado humanizado, los cuales permitirán evaluar la calidad de los cuidados entregados a los pacientes y sus familias.

- **Proporción favorable de riesgo-beneficio**

Este principio hace alusión a que en toda investigación la aplicación de los principios de beneficencia y no maleficencia, deben proteger a los involucrados en el estudio de la posibilidad de riesgos desproporcionados derivados del proceso investigativo.

Para tal efecto en esta investigación se buscó siempre la protección de los participantes, velando por la integridad de éstos al no interferir con el cuidado otorgado por enfermeras y enfermeros durante sus procesos de hospitalización, lo cual implicó respetar horarios de ingesta de comidas, administración de fármacos u otros procedimientos, durante el proceso de recolección de datos. Además la información entregada por ellos y comentarios surgidos del proceso investigativo no fueron entregados de forma que se identificara a los participantes de manera particular, sino que los resultados se presentarán de manera general al concluir la investigación.

Para los participantes en la fase cualitativa, se buscó que ellos designaran un día horario y lugar que más les acomodara para la realización de las entrevistas, para no interferir con sus actividades laborales o familiares.

- **Evaluación independiente**

Este principio ético, vela porque el estudio se encuentre dentro de marco legal vigente y que no existan conflictos de interés que pudieran sesgar el desarrollo o resultados de la investigación.

Este principio se resguardó, al ser un trabajo en el marco de estudios doctorales y en donde la autora no tiene vinculación con las instituciones en la cuales se desarrolló este trabajo.

- **Consentimiento informado**

El consentimiento informado se basa en el principio de autonomía y el respeto a la dignidad de las personas. Los involucrados sólo accederán a participar en un estudio si éste es compatible con sus valores, intereses y preferencias, ya que la decisión debe ser libre. Por tal motivo, es necesario informar sobre la finalidad, riesgos, beneficios y alternativas a la investigación, para que el sujeto tenga los suficientes elementos de juicio para tomar su decisión (132).

En esta investigación, se elaboró un consentimiento informado en base a lo que establece la legislación vigente en Chile, este fue revisado visado en primera instancia por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, posteriormente fue evaluado y se especificaron ciertos acápites, tras lo cual fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Concepción y por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano (Anexo M). En este contexto, también se elaboró y aplicó un consentimiento informado para las(os) enfermeras(os) que participaron en la etapa cualitativa de la investigación (Anexo N).

- **Respeto por los sujetos inscritos**

Este principio se relaciona principalmente con los principios éticos básicos de beneficencia y el de respeto a la autonomía, sin embargo también involucra otros que se basan en el respeto de la dignidad humana. Para tal efecto, en la investigación se debe asegurar la protección de la confidencialidad, que el sujeto tendrá derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, que se le informe acerca de los resultados y no descuidar el bienestar de la persona; dentro de otros aspectos que se relacionan con este principio.

En este estudio se dio cumplimiento a este ámbito, manteniendo el secreto profesional y la confidencialidad de la información recopilada. Además, cada encuesta y entrevista, se identificó a través de un código numerado el cual evitó la identificación de las personas participantes, con lo cual se protegió el anonimato de estas.

- **Asociación colaborativa**

Este principio contempla la asociación con otros investigadores y con los directivos responsables de la toma de decisiones lo cual se relaciona con la importancia de compartir y trasmitir responsabilidades en torno a las temáticas de salud de la población. De esta forma se busca vincular la investigación con las policitas de salud (132).

Para dar cumplimiento a este principio, se trabajó en estrecha relación con directivos del Servicio de Salud Talcahuano y con las enfermeras supervisoras de las unidades involucradas en este estudio, de esta forma se les fue informando durante el desarrollo de la investigación de los avances de ésta y una vez obtenidos los resultados, estos fueron comunicados con el fin de que ellas entregaran su apreciación y retroalimentación a lo pesquisado. También se

ha contemplado que una vez finalizado todo el proceso investigativo, se siga trabajando en conjunto con estas directivas para la implementación de los indicadores de cuidado humanizado.

- **Respeto por el medio ambiente:**

Otro aspecto ético importante de considerar, frente a la realidad ambiental que enfrentamos hoy en día y en razón a la responsabilidad social, corresponde al respeto por el medio ambiente durante el proceso investigativo, para tal efecto, en esta investigación se resguardó este aspecto considerando el aprovechamiento responsable de los recursos naturales, fomentando el ahorro, reducción, recuperación, reutilización y reciclaje principalmente del papel empleado en todo este proceso, con el fin de prevenir, mitigar y/o reducir los impactos ambientales negativos derivados de estas actividades, a su vez se buscó trabajar con material digital, como fue el caso de los *chek list* para los evaluadores de los indicadores de cuidado humanizado de enfermería.

CAPITULO 5
RESULTADOS

Los resultados de este trabajo de investigación serán entregados de forma secuencial de manera coincidente con el desarrollo de este estudio y según los objetivos abordados. Por lo cual, en primer lugar serán expuestos los resultados de la fase cuantitativa, luego los de la fase cualitativa de la investigación y finalmente los de la etapa de triangulación de la información.

5.1 Fase Cuantitativa

Adaptación y validación del instrumento

Para la entrega de estos resultados cabe destacar que en primer lugar se debió adaptar y validar el instrumento a utilizar en esta etapa. Ya que dicho cuestionario había sido elaborado y validado para ser utilizado en población colombiana, sin embargo, éste no había sido empleado en población chilena, por lo cual, el primer paso, contempló la adaptación lingüística transcultural y la validación del instrumento "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado versión 2014 Colombia" (17) para poder ser utilizado en población Chilena.

Adaptación lingüística y transcultural y la validación del instrumento "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado versión 2014 Colombia" (17) para poder ser utilizado en población Chilena:

Resultados adaptación lingüística transcultural:

De la fase de adaptación lingüística y transcultural, los resultados evidenciaron que cerca del 80% de los encuestados manifestaron comprender el cuestionario; del porcentaje restante, principalmente adultos mayores de nivel sociocultural bajo (usuarios frecuentes del sistema de salud público en Chile), solicitaron explicación de algunos de los ítems, ya que no lograban la comprensión absoluta de éste.

Tras el análisis de esta información y en conjunto con el experto en lingüística, se procedió a reemplazar algunos vocablos no habituales en el léxico básico del español de Chile (133), por otros más frecuentes, de acuerdo con la Lista de Frecuencias de Palabras del Castellano de Chile (Lifcach) (134), obteniendo los siguientes resultados:

- El enunciado: “Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico”; el verbo “administrar” fue sustituido por “dar” y el participio “formulados”, por “indicados”. De este modo, el ítem final fue: “Le dieron a tiempo los medicamentos indicados”.

- Se modificó el tiempo verbal de todas las preguntas de los ítems, del presente indicativo al pretérito indefinido, pues el instrumento se aplica al paciente una vez finalizados los cuidados de enfermería propios de su tratamiento. De este modo, por ejemplo, el enunciado: “Le tratan con amabilidad”; fue reemplazado por: “Lo (la) trataron con amabilidad”.

- En algunos ítems del instrumento original se observó el uso leísta del pronombre acusativo. Como no se trata de un fenómeno extendido en Chile (135), y que podría resultar extraño para algunos pacientes, se modificó a una versión no leísta y se agregó la forma femenina del pronombre. Por ejemplo, el enunciado: “Le llaman por su nombre”; se modificó por: “Lo (la)

llamaron por su nombre". En algunos casos, el uso leísta fue reemplazado por construcciones reflexivas transitivas de "se" determinado efectivo (136), como en "Le respetan sus decisiones", que fue cambiado por: "Se mostraron respetuosos por sus decisiones".

- A su vez, para hacer más cercano el instrumento, se insertó antes de los ítems el encabezado enmarcante: "Estimado(a) señor(a): A continuación, presentamos una serie de afirmaciones que describen los comportamientos de cuidado de enfermeras y enfermeros". Al final de todo, se agregó la frase de agradecimiento "Le agradecemos por haber respondido esta encuesta", de modo de incorporar elementos de cortesía verbal que otorgaran un efecto de disminución del esfuerzo (137), que el paciente tuvo que hacer al contestar la encuesta.

Con estas modificaciones se procedió a la aplicación del instrumento, adaptado al lenguaje chileno, a una muestra de 19 pacientes hospitalizados del Servicio de Especialidades de un Hospital dependiente del Servicio de Salud Talcahuano, Chile. Los resultados de esta etapa evidenciaron un 100% de comprensión por parte de los encuestados, quienes fácilmente entendían los enunciados y daban respuesta a las preguntas.

Resultados de la validación del instrumento lingüísticamente y culturalmente adaptado:

De esta parte se desprende el siguiente análisis descriptivo del cuestionario "PCHE lingüísticamente adaptado a población chilena". Como se aprecia en la Tabla 5.1, se evidencian los siguientes aspectos: el puntaje mínimo con el cual se calificó la percepción de cuidado humanizado de enfermería fue de 83, lo cual corresponde al concepto "nunca" (nunca percibieron comportamientos de cuidado humanizado por parte de enfermería), a su vez la calificación máxima fue de 128, la cual corresponde

al puntaje total de la escala, puntaje que a su vez está contemplado en el concepto de “siempre” (siempre percibió comportamientos de humanización en los cuidados entregados por enfermería), con un rango de 45 entre ambos puntajes.

En relación a los valores obtenidos de media y mediana (112 y 119, respectivamente), se puede apreciar que la mayoría de las personas refirieron percibir “casi siempre” una percepción de comportamientos de cuidados humanizados brindados por enfermería.

Tabla 5.1 Estadísticos descriptivos cuestionario: “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería. (PCHE)”. Prueba piloto

Total PCHE	Media		112,5
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	105,7
		Límite superior	119,3
	Media recortada al 5%		113,3
	Mediana		119,0
	Varianza		198,0
	Desviación estándar		14,0
	Mínimo		83,0
	Máximo		128,0
	Rango		45,0
	Rango intercuartil		27,0
	Asimetría		-,679
	Curtosis		-,785

Fuente: Elaboración propia

En relación a la confiabilidad del instrumento, el coeficiente alfa de Cronbach resultó con un valor de 0.92, lo cual evidencia que los elementos de la escala son homogéneos y, por lo tanto, que esta mide de forma consistente la propiedad para la cual fue diseñada (alta consistencia interna). Se concluye que este valor obtenido

califica como aceptable la confiablidad del instrumento PCHE lingüísticamente adaptado para población chilena (121).

Para la validación de constructo, en primer lugar, se procedió a establecer normalidad. Para ello se utilizó el estadígrafo Shapiro-Wilk, el cual se emplea al tener un n menor a 50. El resultado obtenido fue de 0,040 y 0,056 para los instrumentos “PCHE adaptado lingüísticamente a población chilena” y el “Escala de evaluación de la percepción del cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería (ECH)” de Hermosilla *et al* (105), respectivamente, rechazando normalidad, motivo por el cual se trabajó con la prueba de *Rho* de Spearman, la que arrojó un valor de 0.73, evidenciando una correlación positiva entre ambos instrumentos, es decir, que ambos presentaron una convergencia positiva.

A su vez, al correlacionar las tres dimensiones del instrumento “PCHE adaptado lingüísticamente a población chilena” (cualidades del hacer de enfermería [calidad], apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente [comunicación] y disposición para atención [disposición]) con el puntaje total de la “Escala evaluación de la percepción de cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería (CHE)” (105), como se muestra en la Tabla 5.2, evidenció una alta correlación positiva, entre todas las dimensiones y el puntaje total de esta escala.

Tabla 5.2 Correlaciones entre dimensiones del instrumento "PCHE lingüísticamente adecuado para población chilena" y la "Escala de evaluación de la percepción del Cuidado Humanizado brindado por el profesional de enfermería ECH". Prueba piloto

				Total ECH	Dimensiones PCHE		
					Calidad PCHE	Comunicación PCHE	Disposición PCHE
Rho de Spearman	Total ECH		Coeficiente de correlación	1,000	,525*	,609**	,744**
			Valor de p		,021	,006	< 0,001
			N	19	19	19	19
	Dimensiones PCHE	Calidad PCHE	Coeficiente de correlación	,525*	1,000	,687**	,712**
			Valor de p	,021		,001	,001
			N	19	19	19	19
		Comunicación PCHE	Coeficiente de correlación	,609**	,687**	1,000	,826**
			Valor de p	,006	,001		< 0,001
			N	19	19	19	19
		Disposición PCHE	Coeficiente de correlación	,744**	,712**	,826**	1,000
			Valor de p	< 0,001	,001	< 0,001	
			N	19	19	19	19

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia

A través de estos resultados es posible confirmar la validez de constructo del instrumento “PCHE versión lingüísticamente adaptada para población chilena”, al presentar una alta correlación positiva con el instrumento CHE (105), que mide criterios semejantes a los contemplados en el cuestionario sometido a evaluación, por lo cual se establece una validez de constructo positiva por convergencia.

De esta forma quedó configurado un instrumento adaptado al español utilizado en Chile y adecuadamente validado para ser empleado (Anexo E).

Con este instrumento adecuado para ser utilizado se procedió a la medición de la percepción de comportamientos de cuidado de enfermería a los pacientes de Medicina y Cirugía de los tres Hospitales del Servicio de Salud Talcahuano, Octava Región, Chile. Siendo los resultados obtenidos los siguientes:

Caracterización biosociodemográfica

Para la distribución de la muestra por Hospital, se usó el criterio de afijación simple, el cual considera el mismo número de elementos para cada estrato, por lo cual la muestra quedó constituida por el mismo número de personas por Centro Asistencial (Tabla 5.3).

Tabla 5.3 Distribución de pacientes por hospital

Hospital	Frecuencia	Porcentaje
Higueras	50	33,3
Lirquén	50	33,3
Tomé	50	33,3
Total	**150**	**100,0**

Fuente: Elaboración propia

En relación a la edad de los participantes, la media de la muestra total fue de 55 años, evidenciándose el predomino de personas adultas no envejecidas, esta misma tendencia se presentó por hospital (Tabla 5.4).

Tabla 5.4 Edad de pacientes por hospital y total

Hospital	Media	Frecuencia	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Higueras	54,6	50	19,1	19	89
Lirquén	57,0	50	16,7	19	83
Tomé	54,4	50	19,2	18	89
Total	**55,3**	**150**	**18,3**	**18**	**89**

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al sexo la muestra presentó una distribución bastante equitativa, tanto a nivel de hospital como total, sólo se apreció una leve diferencia con un número mayoritario de mujeres para el hospital de Lirquén (56%) (Tabla 5.5).

Tabla 5.5 Distribución de pacientes por sexo, total y por hospital

	Hombre		Mujer	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Higueras	25	50%	25	50%
Lirquén	22	44%	28	56%
Tomé	25	50%	25	50%
Total	**72**	**48%**	**78**	**52%**

Fuente: Elaboración propia

La distribución por Comuna se concentró principalmente en las comunas de Tomé, Penco, y Talcahuano respectivamente, lugares donde se encuentran ubicados los Hospitales en los cuales se desarrolló esta investigación (Tabla 5.6).

Tabla 5.6 Distribución de pacientes por Comuna

Comuna	Frecuencia	Porcentaje
Tomé	49	32,7
Penco	47	31,3
Talcahuano	30	20,0
Concepción	3	2,0
Otros	21	14,0
Total	**150**	**100,0**

Fuente: Elaboración propia

La distribución de pacientes por Servicio Clínico a nivel global, se presentó de manera bastante equilibrada y en cada uno de los Hospitales ésta distribución tuvo una tendencia similar (Tabla 5.7).

Tabla 5.7 Distribución de pacientes por Servicio Clínico, total y por hospitales

	Medicina		Cirugía	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Higueras	25	50%	25	50%
Lirquén	32	64%	18	36%
Tomé	25	50%	25	50%
Total	**68**	**54%**	**68**	**45%**

Fuente: Elaboración propia

La distribución de pacientes según días de hospitalización evidenció que la mayoría de ellos se encontraban cerca de una semana hospitalizados. El mínimo de días correspondió a 1 y el máximo a tres meses. Tendencia similar se presentó en cada uno de los establecimientos de salud (Tabla 5.8).

Tabla 5.8 Distribución de pacientes según días de hospitalización por Hospital y total

Hospital	Media	Frecuencia	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Higueras	9,1	50	8,3	1	50
Lirquén	6,8	50	8,4	1	40
Tomé	8,6	50	12,7	1	102
Total	**8,2**	**150**	**12,2**	**1**	**102**

Fuente: Elaboración propia

En relación al nivel educacional el 79% de los participantes, se concentró en niveles educacionales básicos y medios (Tabla 5.9).

Tabla 5.9 Distribución de pacientes según nivel educacional

Nivel educacional	Frecuencia	Porcentaje	Desviación estándar
Educación básica	47	31%	13,0
Educación media	71	48%	17,4
Técnica	24	16%	14,2
Universitaria	8	5%	17,0
Total	**150**	**100%**	**15,8**

Fuente: Elaboración propia

Según ingreso mensual, el 79,3% de la muestra percibía un ingreso entre los 101 y 300 mil pesos (Tabla 5.10).

Tabla 5.10 Distribución de pacientes según nivel de ingresos mensual

Nivel de ingresos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor a 100 mil pesos	33	22,0	37,3
Entre 101 y 300 mil pesos	63	42,0	79,3
Entre 301 y 500 mil pesos	19	12,7	92,0
Entre 501 mil y 1 millón de pesos	12	8,0	0,0
Total	**150**	**100,0**	**100,0**

Fuente: Elaboración propia

En relación a la condición de pareja, se pudo pesquisar que la concentración de la muestra se encuentra en las personas en condición de pareja (54%) (Tabla 5.11).

Tabla 5.11 Distribución de pacientes según condición de pareja

Condición de pareja	Frecuencia	Promedio	Desviación estándar
Con pareja	81	54%	15,5
Sin pareja	69	46%	16,3
Total	**150**	**100%**	

Fuente: Elaboración propia

Para resumir la información biosociodemográfica, se puede decir que la muestra estaba conformada por una proporción equilibrada de mujeres y hombres, donde el porcentaje correspondió a un 52 y 48% respectivamente. La edad promedio fue de 55 años, el 79% presentaba estudios básicos y medios que no superaban la educación técnica ni universitaria, en relación al nivel de ingresos, más de la mitad de este grupo de personas recibía una remuneración mensual inferior a 300 mil pesos chilenos (496 dólares aproximadamente), respecto a su condición de pareja, la mayoría se encontraban en condición de pareja correspondiente al 54% de la muestra. Y la gran mayoría presentaba 8 días de hospitalización (Tabla 5.12).

Tabla 5.12 Resumen de caracterización biosociodemográfica

Sexo	Hombre	52%
	Mujer	48%
Edad	55 años	
Comuna de procedencia	Tomé	32,7%
	Penco	31,3%
	Talcahuano	20,0%
Días de hospitalización	8 días	
Nivel educacional	Educación básica y media: 79%	
Nivel de ingresos	Menos de 300 mil pesos mensuales: 79%	
Condición de pareja	Con pareja	54%
	Sin pareja	46%

Fuente: Elaboración propia

Siguiendo con los resultados de los datos cuantitativos, a continuación se presenta lo pesquisado tras la aplicación del instrumento “PCHE versión adaptada y validada para ser empleada en Chile”.

Percepción de comportamientos de cuidados humanizados de enfermería

El primer paso correspondió a estimar la fiabilidad del instrumento “PCHE” versión adaptada lingüísticamente para ser utilizado en Chile, cuantificando la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0,96 considerado como excelente. Para todas sus dimensiones también presentó valores sobre lo aceptable según criterios George y Mallery (138) (Tabla 5.13).

Tabla 5.13 Alfa de Cronbach global y por dimensiones

Dimensión	Alfa	Valoración
Calidad	0,88	Bueno
Comunicación	0,84	Bueno
Disposición	0,95	Excelente
Global	**0,96**	**Excelente**

Fuente: Elaboración propia

Los resultados globales de la aplicación del instrumento fueron los siguientes:

El puntaje promedio obtenido fue de 117,6 el cual corresponde al concepto “casi siempre” (casi siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado de las(os) enfermeras(os)) (Tabla 5.14).

Tabla 5.14 Percepción de Comportamientos de Cuidado humanizado de Enfermería

	Frecuencia	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Total PCHE	150	52	128	117,6	15,8

Fuente: Elaboración propia

Al apreciar el resultado de la categorización de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, se evidencia que el concepto que predominó fue el "siempre", por lo cual la percepción de los pacientes fue que; las(os) enfermeras(os) siempre presentaron comportamientos de cuidado humanizado (Tabla 5.15).

Tabla 5.15 Categorías de PCHE total

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	14	9,3%
A veces	16	10,7%
Casi siempre	21	14,0%
Siempre	99	66,0%
Total	**150**	**100,0%**

Fuente: Elaboración propia

Al desglosar la información por hospitales se pudieron apreciar ciertas diferencias entre los distintos grupos, en donde se evidencia que para el Hospital Las Higueras, el promedio fue de 118 lo cual corresponde al concepto "casi siempre". Con una sutil diferencia se encuentran los resultados del Hospital de Lirquén, el cual obtuvo un promedio de 122 el cual se encuentra incorporado dentro del concepto de "siempre". A su vez el hospital que presento mayor diferencia con los otros grupos, fue el de Tomé, en donde el promedio fue de 112, valor que se encuentra incorporado en el concepto de "algunas veces" (Tabla 5.16).

Tabla 5.16 Promedio de PCHE por Hospital

Hospital	Media	Frecuencia	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Mediana
Higueras	118	50	13	78	128	124
Lirquén	123	50	12	52	128	126
Tomé	112	50	20	52	128	118
Total	**118**	**150**	**16**	**52**	**128**	**125**

Fuente: Elaboración propia

Para la categorización de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería por hospital, se pesquisaron diferencias entre los distintos establecimientos de salud. Presentando el Hospital de Tomé, un mayor porcentaje de pacientes que calificaron como “Nunca” haber percibido comportamientos de cuidado humanizado por parte de las enfermeras(os), a su vez este mismo grupo fue el que presentó menor porcentaje del concepto “Casi Siempre” a diferencia de lo evidenciado en los otros hospitales (Tabla 5.17).

Tabla 5.17 PCHE categorizada por Hospital

		PCH Categorizada							
		Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hospital	Higueras	4	8%	6	12%	7	14%	33	66%
	Lirquén	1	2%	4	8%	2	4%	43	86%
	Tomé	9	18%	6	12%	12	24%	23	46%
	Total	14	9%	16	10%	21	14%	99	66%

Fuente: Elaboración propia

Tras analizar estos resultados y aplicar la prueba estadística ANOVA se pudo identificar que efectivamente existían diferencias estadísticamente significativas entre estos tres hospitales, con una significancia de p= 0,002 para la percepción global de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Al realizar la

misma prueba para las dimensiones del instrumento PCHE, los resultados demostraron que también existían diferencias significativas entre los tres Centros de Salud en relación a la Calidad del quehacer de enfermería, Apertura a la comunicación enfermera(o) - paciente y Disposición para la atención, presentando valores p de 0,014; 0,006; 0,001 respectivamente.

Para identificar entre cuales de los tres hospitales existían las mayores diferencias, se aplicó el post test de Tukey, el cual evidenció que éstas se presentaban entre los hospitales de Lirquén y Tomé.

En relación a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado por servicio clínico se pesquisó que ésta fue similar para ambas unidades, con un puntaje promedio para Medicina de 117,5 y para Cirugía de 117,8 valores que se encuentran dentro de la categorización “casi siempre”.

A su vez por servicio clínico en los hospitales que participaron de este estudio, se pesquisaron pequeñas diferencias entre los grupos, en donde para el servicio de Medicina del Hospital las Higueras se obtuvo un promedio global de 117,4 lo cual corresponde a la categorización de “casi siempre”, para el Hospital de Lirquén un promedio de 124,2 equivalente a la categorización “siempre” y para el hospital de Tomé un promedio de 109 el cual se encuentra dentro de la categorización de “Algunas Veces”, siendo este el promedio más bajo pesquisado para los tres establecimientos de salud en relación a la percepción de cuidados humanizados entregados por enfermeras(os) en sus Servicios de Medicina.

Los resultados pesquisados para los Servicios de Cirugía de estos centros asistenciales, varían sutilmente a lo encontrado en los Servicios de Medicina. Aunque puntualmente se pesquisaron diferencias entre los distintos grupos de Cirugía, todos estos valores caen dentro de la misma categoría de “casi siempre” a diferencia de los resultados emanados para el otro Servicio (Tabla 5.18).

Tabla 5.18 PCHE global por servicio clínico y hospital

Servicio	Hospital	Media	Frecuencia	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Mediana
Medicina	Higueras	117,4	25	13,8	78	128	123
	Lirquén	124,2	32	5,6	107	128	126
	Tomé	109,0	25	21,0	52	128	114
	Total	**117,5**	**82**	**15,5**	**52**	**128**	**124**
Cirugía	Higueras	118,9	25	11,9	84	128	124
	Lirquén	120,5	18	18,0	52	128	126
	Tomé	114,7	25	18,9	56	128	124
	Total	**117,8**	**68**	**16,3**	**52**	**128**	**125**

Fuente: Elaboración propia

5.1.1 Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) según dimensiones del instrumento

Las dimensiones del instrumento “PCHE” corresponden a: Calidad del quehacer de enfermería, Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente y Disposición para la atención. En relación a ellas, los resultados encontrados fueron los siguientes:

Estas tres dimensiones fueron mayoritariamente evaluadas con una percepción de “siempre”, presentando para Calidad del quehacer de enfermería un 69,3%, para Disposición para la tención un 66,7% y para Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente un 56,7%, siendo esta la dimensión que obtuvo un menor porcentaje de percepción positiva. A su vez, al visualizar las percepciones desde una perspectiva negativa, se observa que para “algunas veces” (sólo “algunas veces percibe comportamientos de cuidado humanizado), Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente obtiene el porcentaje más alto de respuestas en esta categoría (16%), siendo seguida de Disposición para la atención con un 14% y luego por Calidad del quehacer de enfermería con un 7,3% (Tabla 5.19).

Tabla 5.19 Dimensiones categorizadas del instrumento PCHE

Calidad Categorizado		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	8,0
Algunas Veces	11	7,3
Casi Siempre	23	15,3
Siempre	104	69,3
Total	150	100,0
Comunicación Categorizado		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	7,3
Algunas Veces	24	16,0
Casi Siempre	30	20,0
Siempre	85	56,7
Total	150	100,0
Disposición Categorizada		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	7,3
Algunas Veces	21	14,0
Casi Siempre	18	12,0
Siempre	100	66,7
Total	150	100,0

Fuente: Elaboración propia

5.1.2 Relaciones entre PCHE y variables biosociodemográficas

Al evaluar las potenciales relaciones entre las variables biosociodemográficas y la percepción de comportamientos de cuidado humanizado, se pesquisó lo siguiente:

No se encontró relación significativa ente edad y la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, sólo se evidencia que esta es directa, pero no estadísticamente significativa (Tabla 5.20).

Al analizar la correlación entre la variable edad y las dimensiones del instrumento PCHE se pudo pesquisar que sigue la tendencia de lo encontrado entre PCHE global y edad, sin embargo para “calidad del quehacer de enfermería” se pudo observar una relación directa, sin embargo aunque esta se visualiza como significativa, es una relación muy pobre (Tabla 5.20).

Tabla 5.20 Coeficientes de correlación y significancia entre PCHE, sus dimensiones con edad

			Total PCHE	**Calidad**	**Comunicación**	**Disposición**
Rho de Spearman	**Edad**	Coeficiente de correlación	0,099	0,175	0,098	0,067
		Sig.	0,227	0,033	0,235	0,412
		N	150	150	150	150

Fuente: Elaboración propia

En relación a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería y la variable sexo, el promedio obtenido por hombres y mujeres presentó promedios de 116 y 119,1 respectivamente, valores que se encuentran dentro de la categorización de “casi siempre”, sin embargo no se encontró una relación significativa entre estas variables (Tabla 5.21).

A su vez, al analizar la información en base a las dimensiones del instrumento PCHE, los promedios para Calidad del quehacer de enfermería fueron de 25,9 para hombres y 26,5 para mujeres, valores que están dentro de la categorización “casi siempre”, para Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente, los promedios respectivos fueron 28,1 y 29,7 correspondiendo estos a “casi siempre” y por último para Disposición para la atención éstos fueron 62 y 63,8 valores incluidos en la misma categorización. En relación a estas variables, tras aplicar ANOVA, no se encontraron diferencias significativas (Tabla 5.21).

Tabla 5.21 PCHE Global, por dimensiones y diferencia entre grupos según sexo

PCHE y sus dimensiones	Sexo									Valor p
	Hombre			Mujer			Total			
	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar	
PCHE Global	116		17,8	119,1		13,6	117,6		15,8	0,229
Calidad	25,9		3,6	26,5		2,9	26,2		3,3	0,319
		72			78			150		
Comunicación	28,1		4,8	28,7		4	28,4		4,4	0,343
Disposición	62		9,9	63,8		7,5	62,9		8,8	0,191

Fuente: Elaboración propia

Al analizar la variable servicio clínico, se identificó que no existían diferencias relevantes para la percepción global de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería y sus dimensiones. De esta forma se pudo apreciar que el promedio para la percepción global y las distintas dimensiones calificaron en las mismas categorías para ambos servicios, encontrándose que para la percepción global la categoría correspondió a “casi siempre, para Calidad del quehacer de enfermería esta se encasilló dentro de la categoría “siempre”, para Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente, esta calificó para “casi siempre”, misma categoría pesquisada para Disposición para la atención. Finalmente, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a estas variables (Tabla 5.22).

Tabla 5.22 PCHE Global, por dimensiones y diferencias de grupos según servicio clínico

PCHE y sus dimensiones	Servicio Clínico									Valor p
	Medicina			Cirugía			Total			
	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar	
PCHE Global	117,5	82	15,5	117,8	68	16,3	117,7	150	15,8	0,912
Calidad	26,3		3,1	26,1		3,5	26,2		3,3	0,719
Comunicación	28,4		4,5	28,5		4,5	28,5		4,5	0,864
Disposición	62,8		8,7	63,2		8,9	63		8,8	0,805

Fuente: Elaboración propia

En relación a los días de hospitalización, tampoco se pesquisaron asociaciones significativas entre esta variable y la percepción de comportamiento de cuidados humanizados y sus dimensiones (Tabla 5.23).

Tabla 5.23 Coeficientes de correlación y significancia entre PCHE, sus dimensiones con días de hospitalización

			Total PCHE	Calidad	Comunicación	Disposición
Rho de Spearman	**Días de Hospitalización**	Coeficiente de correlación	-0,093	-0,084	-0,069	-0,143
		Sig.	0,256	0,307	0,402	0,081
		N	150	150	150	150

Fuente: Elaboración propia

Para nivel educacional no se pesquisaron asociaciones significativas entre esta variable y la PCHE global (Tabla 5.24).

Tabla 5.24 Coeficientes de correlación y significancia entre PCHE global con nivel educacional

			Total PCHE
Rho de Spearman	**Nivel Educacional**	Coeficiente de correlación	-0,132
		Sig.	0,108
		N	150

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, al analizar las dimensiones del instrumento en base al nivel educacional, se pesquisó una sutil diferencia entre los distintos grupos, en donde es posible apreciar que para comunicación efectiva, esta presenta un valor menor en el grupo con mayor nivel educacional; en donde para los niveles básica, media y técnica califica como casi siempre percibida y para este nivel superior universitario, se presentó como algunas veces percibida, sin embargo, aun obteniendo significancia que evidencia esta diferencia entre grupos, es importante considerar que el n para educación universitaria es muy bajo en relación a los n de los otros grupos (Tabla 5.25).

Tabla 5.25 PCHE y sus dimensiones por Nivel Educacional

	Nivel Educacional														
	Básica			Media			Técnica			Universitaria			Total		
	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar	Media	N	Desviación estándar
Total PCHE	119		13,01	118		17,41	118,0		14,19	104		17,01	118		15,84
Calidad	26		3,11	26		3,60	26,5		2,38	24		3,88	26		3,32
		47			71			24			8			150	
Comunicación	29		4,11	29		4,50	28,2		3,95	24		5,85	28		4,49
Disposición	64		6,96	63		9,84	63,2		8,28	56		8,88	63		8,81

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.26 Coeficientes de ANOVA y significancia para PCHE y sus dimensiones por Nivel Educacional

PCHE y dimensiones	Nivel educacional	
	F	**Sig.**
Total PCHE	2,361	0,074
Calidad	1,655	0,179
Comunicación	3,58	0,015
Disposición	1,85	0,141

Fuente: Elaboración propia

Para ingreso mensual tampoco se encontraron relaciones entre esta variable y la PCHE y sus dimensiones (Tabla 5.27).

Tabla 5.27 Coeficientes de correlación y significancia entre PCHE, sus dimensiones con ingreso mensual

			Total PCHE	**Calidad**	**Comunicación**	**Disposición**
Rho de Spearman	**Ingreso Mensual**	Coeficiente de correlación	0,106	0,076	0,126	0,01
		Sig.	0,199	0,353	0,124	0,905
		N	150	150	150	150

Fuente: Elaboración propia

Para condición de pareja no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos que conformaban esta variable (con pareja y sin pareja), tanto como para la PCHE global como para sus dimensiones (Tabla 5.28).

Tabla 5.28 Coeficientes de ANOVA y significancia para PCHE y sus dimensiones según condición de pareja

PCHE y dimensiones	Condición de pareja	
	F	**Sig.**
Total PCHE	0,631	0,428
Calidad	0,515	0,474
Comunicación	0,815	0,368
Disposición	0,488	0,486

Fuente: Elaboración propia

5.2 Fase Cualitativa

A continuación se entregan los resultados de la Fase Cualitativa de la investigación. Estos son producto de los discursos emanados del análisis de contenido de las entrevistas en profundidad realizadas a 10 enfermeras(os) que se han considerado expertas(os) en la temática de los cuidados humanizados en base las criterios de inclusión.

En primer lugar se procede a la entrega de las características biosociodemográficas de la muestra (Tabla 5.29).

Tabla 5.29 Características sociodemográficas de enfermeras(os) participantes en fase cualitativa

Enfermeras(os)	Edad	Sexo	Años de experiencia laboral	Años que trabaja o está vinculada(o) a los CH	Área del quehacer de enfermería en la que trabaja	Número de investigaciones vinculadas al CH en las que participado
E1	37	Hombre	12	12	Oncología	0
E2	29	Hombre	5	5	UCI adultos	0
E3	28	Mujer	5	4	Unidad de procuramiento y trasplante	0
E4	25	Mujer	4	4	UCI pediátrica	0
E5	58	Mujer	36	25	Oncología	0
E6	42	Mujer	16	5	Oncología	0
E7	40	Mujer	15	5	Docencia	2
E8	63	Mujer	40	20	Docencia	1
E9	43	Mujer	16	10	Docencia	2
E10	35	Mujer	10	8	Docencia	1

Fuente: Elaboración propia

Estas características permiten apreciar que la muestra fue bastante heterogénea en lo que se refiere a edad de los participantes, años de experiencia laboral, años vinculados a la temática del cuidado humanizado y lugar de trabajo, lo se ha considerado como favorable para el estudio porque permitió la incorporación de distintas visiones acerca del fenómeno de estudio, a su vez, cada uno de los participantes cumplía con los criterios de inclusión, ya que se encontraban vinculados a la temática del cuidado humanizado, ya fuera por el lugar en el cual se desempeñaban o bien porque habían desarrollado una o más investigaciones en esta área.

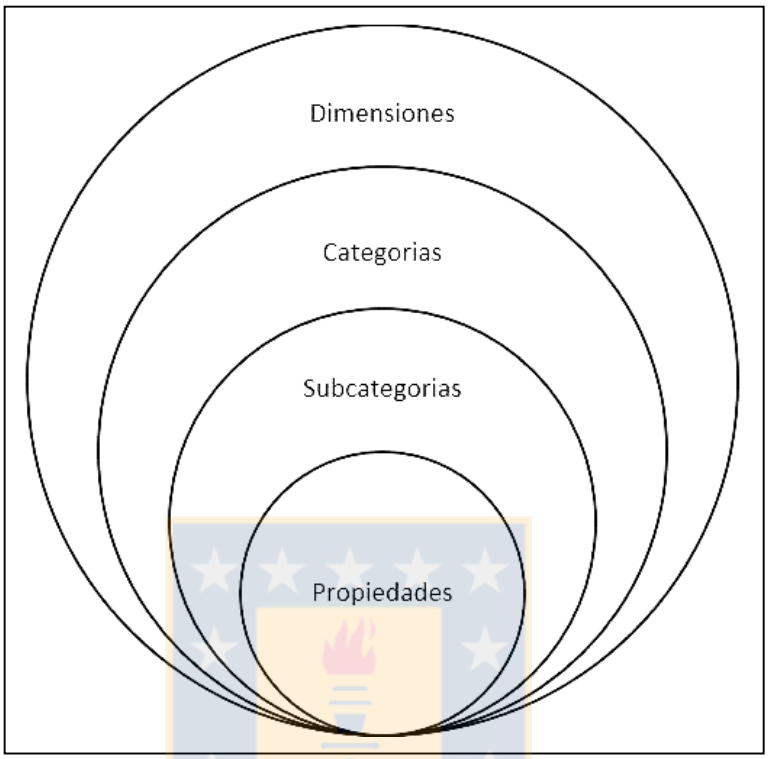
Resultados cualitativos

Estos resultados se obtuvieron a través del proceso de análisis profundo de la estructura semántica contenida en ellos, en base a la comparación de similitudes y diferencias entre los distintos casos, lo que permitió ir develando la Teoría, aspecto básico de la Teoría Fundamentada.

El principal criterio que guío el procesos de análisis fue la “parsimonia”, que en investigación cualitativa comprende hacer máxima la explicación y comprensión de un fenómeno con el mínimo de conceptos y formulaciones (131).

Es importante destacar en esta etapa, que si bien en un comienzo se establecieron categorías apriorísticas, estas sirvieron para guiar el proceso investigativo y de análisis de los discursos, sin embargo, según la estructura semántica de éstos, dio origen al surgimiento de dimensiones y categorías con sus subcategorías y propiedades (Figura 5.1) no contempladas desde un comienzo, aunque éstas se encuentran íntimamente ligadas a lo previamente establecido.

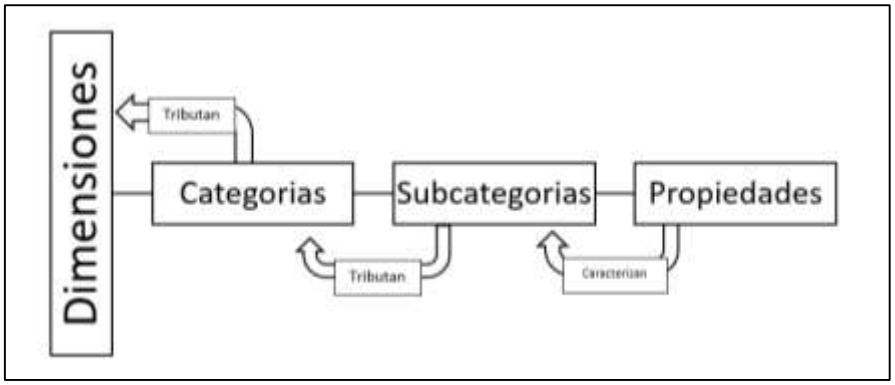
Figura 5.1 Ejemplificación de hallazgos cualitativos



Fuente: Elaboración propia

De esta forma, los resultados se entregan con el siguiente orden: en primer lugar las dimensiones que emergieron del análisis de contenido de los discursos y posteriormente las categorías de éstas con sus respectivas subcategorías y propiedades, permitiendo darle cuerpo y profundidad al fenómeno de estudio. En la figura 5.2 se muestra con una flecha, la secuencia de aparición de éstas en el estudio y la relación que se establece entre cada criterio, en donde las propiedades caracterizan a cada subcategoría y cada subcategoría está integrada en una categoría mayor, a su vez las categorías forma parte de un concepto superior que corresponde a una dimensión (Figura 5.2).

Figura 5.2 Secuencia del surgimiento en el análisis de dimensiones, categorías, subcategorías y propiedades y la relación establecida entre éstas



Fuente: Elaboración propia

5.2.1 Dimensiones emergidas de los discursos

A continuación se presentan las 4 dimensiones emanadas de los discursos, si bien en un comienzo se planteó solo como categoría apriorística el “Cuidado humanizado de enfermería”, la información contenida en los discursos permitió el surgimiento de este concepto como una dimensión, a su vez emergieron otras no contempladas en un comienzo (Figura 5.3).

Figura 5.3 Dimensiones pesquisadas en el presente estudio

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 1: Cuidado de enfermería

Distintos componentes del discurso reflejan que el “Cuidado de Enfermería” es comprendido como aquel que es inherente a la profesión de enfermería, siendo éste su eje central y esencia, es decir que hace que enfermería sea tal y que se constituye a través de una interrelación trascendental con el otro, en donde se establece una relación de ayuda caracterizada por su abordaje integral. Para que el “cuidado de enfermería” puede darse, debe estar sustentado en una base ética y en la consideración de la persona objeto de cuidado como un ser integral, es por esta razón que le “cuidado de enfermería” aloja elementos que a su vez se relacionan íntimamente con el concepto de “cuidado humanizado”.

Los siguientes discursos ilustran de manera explícita los atributos de esta dimensión:

5 (14-18) *…no menos importante es el cuidado y el cuidado de la persona desde todos los ámbitos. Y no solamente desde la afección o de la parte física que tiene enferma sino que es una parte que está dentro de un cuerpo y de un cuerpo que siente, que piensa, que ama, que por lo tanto también hay que atender y hay que estar atento…*

6 (21-24) *…es el núcleo el que nos mueve. O sea nuestro centro cristo homológico y la verdad es que más que importante, es transcendental. El cuidar es su centro y es núcleo y es su motor…*

De los discursos más significativos que tributan a esta dimensión se presentan los siguientes (Tabla 5.30):

Tabla 5.30 Principales discursos que tributaron a la dimensión "Cuidado de enfermería"

Codificación	Discurso
4 (108-109)	*…porque debería ser inherente a la profesión o sea debería "salirnos" (risas) cuidar de esa forma.*
5 (14-18)	*…no menos importante es el cuidado y el cuidado de la persona desde todos los ámbitos. Y no solamente desde la afección o de la parte física que tiene enferma sino que es una parte que está dentro de un cuerpo y de un cuerpo que siente, que piensa, que ama, que por lo tanto también hay que atender y hay que estar atento…*
6 (7-11)	*Cuidar es entregar, apoyar al otro desde todas las aristas que el otro requiera mirándolo a la cara, sabiendo quien es, conociendo sus realidades, porque claro el otro o la otra que yo necesito cuidar tiene un mundo que yo no conozco. Entonces, primero yo tengo que conocer ese mundo para poder otorgar el mejor cuidado…*
6 (21-24)	*…es el núcleo el que nos mueve. O sea nuestro centro cristo homológico y la verdad es que más que importante, es transcendental. El cuidar es su centro y es núcleo y es su motor.*

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 2: Humanización del Cuidado

A través de la información emanada de los discursos, se pudo develar que la humanización del cuidado es considerada como parte esencial del cuidado de enfermería, por lo cual es inherente a este.

La humanización del cuidado, es comprendida como el cuidado perfecto, que tiene como eje central a la persona, pero que no la visualiza como un ente aislado, sino que toma conciencia de que esa persona pertenece a una familia que también se ve afectada por el proceso de enfermedad y a un círculo social, a los cuales la enfermera(o) debe dar respuesta.

Los siguientes discursos ilustran de manera explícita los atributos de esta dimensión:

6(17-18) *Por lo tanto para mí el cuidado humanizado es la forma más perfecta del cuidado.*

7(10- 15) *…Considerar a esta persona como un ser humano y este ser humano que está centrado, o sea no es un individuo aislado en la sociedad sino que además está vinculado con otras personas, por lo tanto, ese cuidado humanizado no sólo se le entrega a ese ser humano que está necesitado, sino que también a todo el grupo o a las persona que lo conforman y lo rodean, su familia, sus amigos, sus redes que tiene este ser humano y todo su contexto como persona en la que vive en sociedad.*

A continuación se presentan los principales discursos que dan cuenta de la información emergida (Tabla 5.31):

Tabla 5.31 Principales discursos que tributaron a la dimensión de "Cuidado humanizado de enfermería"

Codificación	Discurso
2 (4-5)	*Para mí el cuidado humanizado es un cuidado que no necesita tener apellido.*
6 (4-5)	*…para mí el cuidado con el apellido humanizado es una repetición. Para mí está demás porque para mí el cuidado como definición deber ser humanizado.*
6(17-18)	*Por lo tanto para mí el cuidado humanizado es la forma más perfecta del cuidado.*
7(10- 15)	*…Considerar a esta persona como un ser humano y este ser humano que está centrado, o sea no es un individuo aislado en la sociedad sino que además está vinculado con otras personas, por lo tanto, ese cuidado humanizado no sólo se le entrega a ese ser humano que está necesitado, sino que también a todo el grupo o a las persona que lo conforman y lo rodean, su familia, sus amigos, sus redes que tiene este ser humano y todo su contexto como persona en la que vive en sociedad.*

Fuente: Elaboración propia

A su vez, este cuidado humanizado posee ciertas características que le son propias y hacen que este puede recibir el apelativo de “humanizado”, para los entrevistados éstas serían: poseer una visión y abordaje holístico, es ético, responsable, trasversal, individualizado, innovador, nace de una vocación de servicio, es significativo tanto para el que cuida como para la persona objeto de cuidado, por lo tanto, a la luz de los discursos, el cuidado humanizado sería un cuidado perfecto (Tabla 5.32).

Tabla 5.32 Principales discursos de los cuales emergen características del Cuidado Humanizado de Enfermería

Codificación	Discurso
1 (51-53)	*…yo considero que primero tiene que haber con respecto a la persona que se le va a entregar el cuidado, tienen que verla como un todo. Verla no solamente como una parte corporal, sino que ver que esa persona tiene mente, tiene espiritualidad.*
1 (85-87)	*…uno se involucra con eso, uno toma esto de responsabilizarse por el otro, uno trata de hacerlo lo mejor posible.*
4 (4-6)	*Que no sólo sea una atención técnica sino que también se entreguen un cuidado como con un significado hacia el paciente.*
4 (6-8)	*…que él note que yo me preocupo por él y por sus necesidades. No sólo que voy a hacer un procedimiento con él o lo voy a curar sino que lo cuido y me preocupo de su persona en su totalidad. No de su patología, de su herida, de su examen.*
4 (68-72)	*…yo creo que el pilar fundamental viene de la persona y de su formación y de sus valores y de lo que ellos quieren transmitir y de que ellos les guste la enfermería por vocación y que les guste la atención directa del paciente y que les guste su trabajo y estén conforme con lo que hacen y felices en su vida.*
6 (7-8)	*..y por lo tanto si yo pido un trato humano, digno, respetuoso para mí, veo que también el otro necesita ese tipo de trato.*
7 (19-20)	*…con esta mirada holística que en definitiva es eso, que en definitiva yo no proporciono un cuidado solamente mirando esta persona que está conmigo sino que mirando quien está detrás de ese cuerpo…*
8 (6-7)	*…en hacer las cosas de manera diferentes ha como se hacían antes con respecto al tratar como una cosa.*

Fuente: Elaboración propia

El análisis de la información también permitió develar, que para los entrevistados, existen ciertos requisitos considerados como indispensables para poder hacer entrega de un cuidado humanizado, los cuales serían: el establecimiento de una relación interpersonal, integrar en el cuidado las redes de apoyo del paciente, poseer competencias para la entrega del cuidado, las cuales se han clasificado en: competencias cognitivas; las cuales hacen alusión al conocimiento, a los saberes; competencias actitudinales, que se relacionan con la actitud que se establece con el otro y al entregar ese cuidado; competencias psicoemocionales, las que se enfocan en el tipo de relación que se establece con el paciente, la empatía, la capacidad de identificar sus sentimientos e integrarlos en la planificación de los cuidados; competencia cultural, que apunta al respeto a la cultura y creencias del paciente y a la integración de estas dentro del cuidado. Otros requisitos identificados para la entrega de un cuidado humanizado fueron: valoración profunda de enfermería, la cual permitiría la identificación de todas las necesidades aquejadas por el paciente; abordaje integral en la entrega de cuidados, aludiendo a la entrega de cuidado no solo en el ámbito físico, sino también en la esfera espiritual, mental y social del paciente; espacios físicos adecuados que fomenten el respeto de la dignidad humana y que permitan a la enfermera(o) contar con un ambiente de cuidado; también se pesquisó la importancia que se entrega a la formación de los futuros profesionales de enfermería, especialmente en lo que tiene relación con la ética del cuidado y por lo tanto en la humanización de éste. Finalmente se hace énfasis en lo relevante que es para la entrega de este cuidado un equilibrio entre las competencias anteriormente mencionadas (Tabla 5.33).

Tabla 5.33 Principales discursos de los que emergieron los requisitos de Cuidado humanizado de enfermería

Codificación	Discurso
1 (8-10)	*…quizás su entorno cultural le ha hecho creer que ciertas conductas son beneficiosas para su salud, por lo tanto, tampoco puedo llegar a derribar tan fuertemente las creencias que él tenga. Tengo que tratar de incorporar un poco lo que el paciente cree.*
2 (23-24)	*Yo creo mucho en la parte espiritual también, entonces, para mi ese acompañamiento para mí es esencial.*
2 (27-29)	*…si el paciente está muy grave o tengo muchos pacientes graves juntos a veces no se da la instancia, pero si me doy el tiempo de hablar con los familiares.*
2 (93-94)	*Permitir oportunidades, permitir facilidades a los familiares. Todo eso para mí influye en lo que es el cuidado humanizado.*
3 (23-25)	*…como yo te decía que, para mí el sentido de la humanización es más que nada con la familia y con el paciente que está intubado y que obviamente no están viendo a su mamá sino que solo sintiéndola.*
4 (3-4)	*…significa hartas cosas pero principalmente es entregar un cuidado con el mayor conocimiento y habilidades de una forma empática, con respeto*
5 (31-33)	*Lo otro es el respeto, respetar sus opiniones, su cultura, su forma de vida que a veces no va a ser la misma mía. Pero tener una apertura de mente para saber que también que eso hay que integrarlo en el cuidado.*
6 (73-74)	*Insisto tiene que ser un equilibrio perfecto entre técnicamente muy bueno pero emocionalmente muy sostenedor.*
7 (114-117)	*…tienen que existir estas instancias de poder comunicarse, de poder establecer un diálogo con la otra persona, de generar espacios, tiempo para conocer a la otra persona, para comprender a la otra persona en su mundo, en sus pensamientos, en sus emociones, en sus sentimientos…*

Fuente: Elaboración propia

Otro aspecto relevante pesquisado fue que para los participantes el cuidado humanizado tendría un impacto positivo en la calidad del cuidado entregado y en las repercusiones hacia el paciente (Tabla 5.34).

Tabla 5.34 Principales discursos de los que emanan aspectos positivos del cuidado humanizado de enfermería

Codificación	Discurso
1 (19-21)	*O sea, entregar un cuidado humanizado va a hacer que el paciente se identifique con su tratamiento, que sea partícipe, que lo entienda y que lo ejecute.*
1 (42-43)	*…va a ser una consecuencia este tema de la satisfacción usuaria si se entrega un cuidado humanizado.*
9 (11-14)	*Yo creo que es de suma importancia para que la persona tenga primero adherencia con el tratamiento, segunda se sienta tranquila y colabore con el… bueno, con la adherencia obviamente que va a tener colaboración, pero fundamentalmente tranquilidad y que comprenda lo que se le está haciendo y para qué se le están haciendo los tratamientos.*
9 (52-55)	*lo que yo espero del paciente y que el paciente tenga que saber de qué puede contar conmigo, o sea que pueda preguntarme que pueda solucionar las dudas, darle la confianza, en que la comunicación sea fluida en ambas partes, tanto yo para entregar información como para el paciente solicitarla.*
9 (102-104)	*Ellos quedan tan agradecidos y que tienen así dentro de lo malo una buena experiencia de haber pasado por acá, están contentos con la atención la gran mayoría, la gran mayoría.*

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 3: Deshumanización del Cuidado

A luz de los discursos la deshumanización del cuidado, es entendida como aquella que se opone diametralmente a lo que implica un cuidado humanizado, por lo cual no es parte de este e involucra actitudes que se alejan de lo ético. A su vez, los participantes identificaron ciertos aspectos que estarían influyendo en la deshumanización del cuidado, por una parte emanaron factores relacionados con la propia profesión de enfermería y actitudes negativas que la enfermera(o) presenta al otorgar la atención. Por otro lado, emergieron aspectos que son externos a enfermería y que surgen de la organización y de las políticas internas de ésta, las cuales muchas veces no fomentan la entrega de un cuidado humanizado; también como aspecto externo a enfermería y que influye en este ámbito, se pesquisaron ciertas características sociales presentes en la actualidad y que entorpecen la entrega de un cuidado humanizado. De esta forma se visualiza la deshumanización de los cuidados como el proceso que obstaculiza la entrega del cuidado de enfermería y que por lo tanto posee repercusiones negativas para el paciente (Tabla 5.35).

Los siguientes discursos ilustran de manera explícita los atributos de esta dimensión:

9 (97-99) *Entonces, puedes ser muy frío y dedicarte solamente a pasar el medicamento, a programar las horas, a programar todo. Lo podrías hacer y darías excelentes, andaría todo como reloj, pero ¿Cómo se sentiría el paciente?*

5 (93) *…siento que nos hemos ido alejando del paciente.*

Tabla 5.35 Principales discursos que dan cuenta de la Deshumanización del cuidado

Codificación	Discurso
4 (48-50)	*…hay de repente muchas limitaciones del sistema en que uno tiene todo de su parte pero hay otras cosas que impiden que a veces sean más que un cuidado humanizado…*
4 (55-58)	*…Y eso también limita el cuidado porque es distinto tener a cargo cinco, diez, quince, veinte, treinta pacientes que atender cien, doscientos, trescientos, que obviamente que no se le puede dar el cuidado que uno quiere…*
5 (54-58)	*…vi experiencias negativas en cuanto al trato justificada muchas veces por el cansancio del personal, por el exceso de trabajo, sobrecarga de problemas personales que a veces hacen que la respuesta frente a los requerimientos de los pacientes o de los familiares de los pacientes a uno como que lo saturan y contesta mal o no da la atención que se requiere en el momento oportuno.*
5(93)	*…siento que nos hemos ido alejando del paciente.*
6(28-31)	*siento que la enfermera hoy entrega un cuidado físico, o sea sólo fisiológico, solo aporta al saber médico respecto a la patología al fármaco y ha dejado de lado a la familia, ha dejado de lado el saber que tiene el paciente, ha dejado de lado esa empatía que necesitamos para poder cuidar.*
7(50-52)	*…Porque toda la sociedad hoy en día avanza muy rápidamente, todos andamos estresados, hacemos muchas cosas, queremos hacer muchas cosas en poco tiempo.*
9 (97-99)	*Entonces, puedes ser muy frío y dedicarte solamente a pasar el medicamento, a programar las horas, a programar todo. Lo podrías hacer y darías excelentes, andaría todo como reloj, pero ¿Cómo se sentiría el paciente?*

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 4: Experiencia de enfermedad

A través de los discursos, se pudo develar que la experiencia de enfermedad es un factor importante a considerar en la entrega de los cuidados, ya que ésta en sí es una experiencia desagradable y que según los participantes se vincula al dolor y a la vulnerabilidad que presenta el ser humano mientras cursa con este proceso, por lo cual estas características harían a estas personas más sensibles a la necesidad de requerir un cuidado humanizado (Tabla 5.36).

Los siguientes discursos ilustran de manera explícita los atributos de esta dimensión:

7(54-56) *…y nos enfermamos y nos convertimos en seres vulnerables o cuando nos damos cuenta o nos hacemos conscientes de esta vulnerabilidad en la que estamos expuestos por la enfermedad…*

10(58-61) *Pero que cuando uno lo vive… quizás no fue un cáncer (interrumpe) pero quizás es una enfermedad mucho más dolorosa porque tú ves prostrada a una persona por un accidente vascular que no se pudo haber percatado antes y no haberse diagnosticado. Entonces, fue doloroso.*

Tabla 5.36 Principales discursos que dan cuenta de la "Experiencia de Enfermedad"

Codificación	Discurso
7(54-56)	*…y nos enfermamos y nos convertimos en seres vulnerables o cuando nos damos cuenta o nos hacemos conscientes de esta vulnerabilidad en la que estamos expuestos por la enfermedad,*
7(117-121)	*…yo creo que eso es re importante porque uno no se enferma solamente del cuerpo. Cuando uno se enferma, se enferma del alma muchas veces o de la emoción, de los sentimientos y eso yo creo que en los niños se ve mucho. Mucho más que en los adultos y ahí es donde el cuidado tiene que si o si ser mucho más humanizado creo yo.*
7(121-123)	*Situaciones de crisis también, enfermedades crónicas, terminales, yo creo que es donde más las personas se vuelven vulnerables porque saben que están muy próximas quizás al final de la vida.*
10(58-61)	*Pero que cuando uno lo vive… quizás no fue un cáncer (interrumpe) pero quizás es una enfermedad mucho más dolorosa porque tú ves prostrada a una persona por un accidentevascular que no se pudo haber percatado antes y no haberse diagnosticado. Entonces, fue doloroso.*

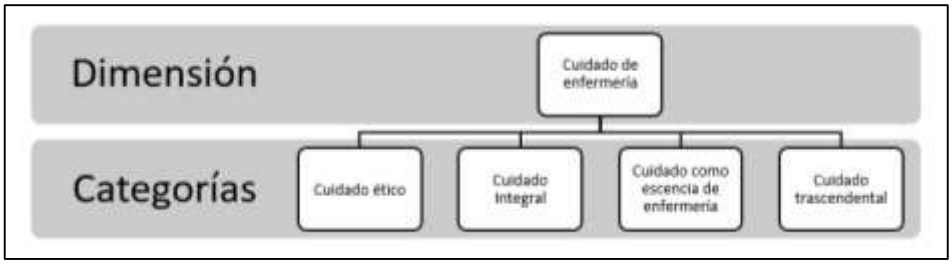
Fuente: Elaboración propia

5.2.2 Categorías, subcategorías y propiedades de éstas, emanadas de las dimensiones

Dimensión 1: Cuidado de enfermería

Las categorías que emergieron de los discursos y que se desprenden de esta dimensión corresponden a: Cuidado ético, Cuidado integral, Cuidado como esencia de enfermería y Cuidado trascendental (Figura 5.4).

Figura 5.4 Categorías de "Cuidado de Enfermería"



Fuente: Elaboración propia

Cuidado ético: Es entendido como el cuidado que basa sus cimientos en el respeto a la dignidad humana y que busca ser justo en la práctica diaria del quehacer de la enfermera y enfermero.

Cuidado integral: Categoría que hace alusión a la visión holística que debe poseer la enfermera(o) para la entrega de cuidado, ya que no sólo considera la corporalidad sino otras dimensiones de la persona como lo son sus emociones, pensamientos y espiritualidad.

Cuidado como esencia de enfermería: Corresponde a eje central de enfermería, es lo que hace que enfermería sea tal, su razón de ser.

Cuidado trascendental: Hace referencia al cuidado que se genera en una relación interpersonal íntima y que va más allá de la atención física a la persona, sino que es un cuidado que deja una huella en el que entrega el cuidado y en quien lo recibe, posee un significado.

En relación a estas categorías se identificaron las siguientes subcategorías (Tabla 5.37):

Tabla 5.37 Dimensión "Cuidado de Enfermería": categorías y subcategoría

TEMA (DIMENSIÓN) 1: CUIDADO DE ENFERMERÍA	
CATEGORÍA	**SUBCATEGORÍA**
1. Cuidado ético	Respeto por la dignidad Humana
2. Cuidado integral	Holístico
3. Cuidado como esencia de enfermería	Eje Central
4. Cuidado trascendental	Relación íntima con el otro

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.38 Principales discursos que dan cuenta de las categorías y subcategoría de cuidado de enfermería

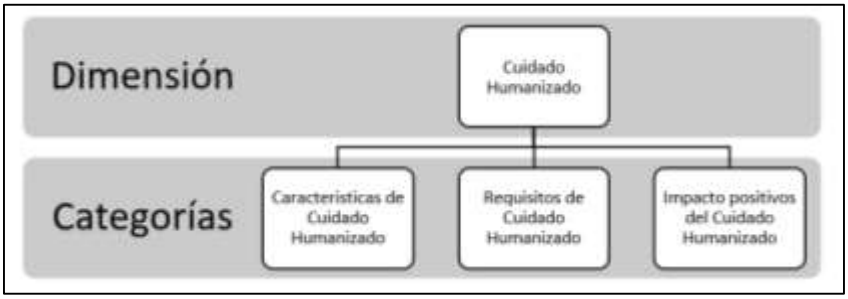
Codificación	Discurso
2 (5-7)	*…para mí el cuidado tiene que ser cálido, para mí el cuidado tiene que ser considerando el que yo estoy trabajando con personas, no con un maniquí, no con una patología no con un número.*
5 (4-5)	*El cuidar implica en gran parte ser muy cercano y ser muy cercano también significa también contener, acoger, estar ahí.*
5 (13-15)	*Yo siempre he pensado que en la salud, si bien es cierto es importante los medicamentos, es importante el tratamiento que está orientado a la curación, no menos importante es el cuidado y el cuidado de la persona desde todos los ámbitos.*
6 (21-24)	*…es el núcleo el que nos mueve. O sea nuestro centro cristo homológico y la verdad es que más que importante, es transcendental. El cuidar es su centro y es núcleo y es su motor.*

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 2: Humanización del Cuidado

Las categorías pesquisadas para esta dimensión fueron las siguientes: Características del cuidado humanizado, Requisitos de cuidado humanizado y el Impacto positivo del cuidado humanizado en el proceso salud-enfermedad (Figura 5.5).

Figura 5.5 Categorías de "Cuidado Humanizado"



Fuente: Elaboración propia

Para la categoría “Características de Cuidado humanizado”, emanaron 9 subcategorías:

1. **Cuidado individualizado:** El cual se relaciona con un cuidado personalizado, que respeta la individualidad y particularidad del ser humano.

2. **Visión holística:** Hace referencia a que el cuidado humanizado de enfermería, tiene la capacidad de ver al ser humano como un todo, integrado por distintas dimensiones que interactúan estrechamente entre sí.

3. **Cuidado responsable:** Hace alusión a que el cuidado humanizado es un cuidado que se hace responsable hasta el final del bienestar del paciente y de su familia.

4. **Cuidado ético:** El cuidado humanizado sienta sus pilares en la Ética del Cuidado, no se puede pensar en cuidado humanizado si este no es ético desde sus bases.

5. **Cuidado significativo:** El cuidado humanizado es significativo, tanto para el receptor del cuidado como para quien lo entrega. Posee un significado.

6. **Cuidado transversal:** Es un cuidado que se entrega por igual a las distintas personas sin importar su etapa en el ciclo vital, o de la cultura que provenga, ni de su posición en la escala social, ni de las creencias que pueda tener.

7. **Innovador:** Es un cuidado que innova para poder entregar soluciones a los pacientes y sus familias, para poder responder a las necesidades de éstos. Puede trasgredir las formas de actuar que son asumidas como naturales en los distintos servicios de salud y que no son coherentes a las necesidades de los usuarios.

8. **Vocacional:** El cuidado humanizado debe nacer de una vocación de servicio, su esencia se encuentra en el agrado por entregar un cuidado de calidad.

9. **Cuidado perfecto:** al poseer todas estas características hacen del cuidado humanizado el cuidado perfecto de enfermería.

Según la información emanada de los discursos, no se lograron identificar propiedades para todas las subcategorías (Tabla 5.39).

Tabla 5.39 Dimensión "Cuidado humanizado de enfermería": categoría características de CH, subcategorías y propiedades

TEMA (DIMENSIÓN) 2: CUIDADO HUMANIZADO (CH)		
CATEGORÍA	**SUBCATEGORÍA**	**PROPIEDADES DE SUBCATEGORÍAS**
Características de CH	1. Cuidado individualizado	
	2. Visión holística	
	3. Cuidado responsable	
	4. Cuidado ético	Centrado en la persona
		Justo
		Equitativo
		Principio de beneficencia
		Respeto por la autonomía
		Respeto por la dignidad humana
	5. Cuidado significativo	
	6. Cuidado transversal	
	7. Innovador	
	8. Vocacional	Cariño por lo que se hace
	9. Cuidado perfecto	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.40 Principales discursos de los cuales emergió la categoría Características de Cuidado Humanizado, sus subcategorías y propiedades"

Codificación	Discurso
1 (5-7)	*En ese sentido para mi tiene relación con conocer, en qué situación está inserto cada paciente en particular, porque la realidad de mi paciente"A" no va a ser la misma de mi paciente "B"*
1 (51-53)	*…yo considero que primero tiene que haber con respecto a la persona que se le va a entregar el cuidado, tienen que verla como un todo. Verla no solamente como una parte corporal, sino que ver que esa persona tiene mente, tiene espiritualidad.*
2 (31-32)	*…si el paciente me puede hablar evidentemente que "tiramos hasta la talla". De hecho me gusta tener esa relación con el paciente, que el paciente se ría.*
2 (76-78)	*Y no es porque esté protocolizado, no es porque me digan "Oye hay una norma que dice que si tu estas enfermo tienes que usar mascarillas" No, eso no me lo deberían normar, debería nacer de mí.*
3 (54-57)	*Yo encuentro que sería más humano explicarle lo que le vamos a hacer y que se queden al ladito afuera mirando o bien explicándole un poquito mejor de que salgan, que ellos tengan en el fondo, tomen la decisión de que si quieren acompañar o no a su hijo en ese momento.*
4 (45-46)	*…tratar bien al usuario, de estar pendiente de sus necesidades…*
5 (33-36)	*El toque. Yo soy muy de piel, por lo tanto, tocar al otro, obviamente con la intención del cuidado y que no se mal interprete, tocar el hombro, la mano, el brazo. Un abrazo con cierto sentido muchas veces vale más que mil palabras y lo que necesitan los pacientes a veces es eso*
6 (91)	*Cariño por lo que se hace también.*
7 (22-24)	*…miro quien está detrás de ese cuerpo que se hace presente para que tú le resuelvas el dolor, para que alivies o le trates lo que le están indicando.*
7 (25-26)	*… pero ver esta persona una persona en esencia, cuerpo, espíritu, la espiritualidad que tiene y todos los elementos que constituyen a la persona*
7 (63-66)	*…yo creo que el cuidado humanizado se torna muy importante, sobre todo en situaciones en las que estamos mal puesto con enfermedades graves o serias o delicadas, quizás no tanto cuando son cosas menores, pero aun así creo que la persona cuando pierde su integridad como sea, necesita de este cuidado más bien personalizado, más bien de tú a tú.*
8(11)	*lo veo como este especie como de cambio de actitud*
8(56-58)	*…Entonces, eso también trae otras responsabilidades porque significa que ya no me ve como a alguien que le hace el ingreso sino que como a una persona…*
10(4-6)	*En realidad para mi es algo integral. Evaluar tanto al paciente sus emociones, su dolor, el apoyo familiar, es todo un contexto, porque muchas veces sabemos que el paciente está con dolor, pero a veces no es el dolor físico, sino que es ese dolor del alma.*

Fuente: Elaboración propia

Para la Categoría "Requisitos de cuidado humanizado", se identificaron 11 subcategorías, las cuales fueron:

1. **Establecimiento de una relación interpersonal**: La cual hace referencia al tipo de relación que se debe establecer con el paciente, su familia y/o personas cercanas a éste.

2. **Integrar en el cuidado las redes de apoyo del paciente**: Involucrar a la familia y personas cercanas o referentes para el paciente en la planificación de los cuidados.

3. **Competencias Cognitivas**: la cual se relaciona a los conocimientos y saberes que debe poseer la enfermera(o) para la entrega de su cuidado.

4. **Competencias Actitudinales**: relacionada con la actitud y comportamiento que establece la enfermera(o) en su relación con el paciente y/o familia y en la entrega del cuidado.

5. **Competencias Psicoemocionales**: las cuales se enfocan a la capacidad de identificar los sentimientos y emociones principalmente los asociados al proceso salud-enfermedad del paciente e integrarlos en la planificación de los cuidados, pero también para la identificación de sentimientos y emociones propios de la enfermera(o) que surgen durante el proceso de cuidar.

6. **Competencia cultural**: que apunta al respeto a la cultura y creencias del paciente y a la integración de estas dentro del cuidado.

7. **Valoración integral de enfermería**: como herramienta fundamental para pesquisar las necesidades del paciente y su familia o personas cercanas.

8. **Abordaje integral en la entrega de cuidados**: aludiendo a la entrega de cuidado no solo en el ámbito físico, sino también en la esfera espiritual, mental y social del paciente.

9. **Espacios físicos adecuados**: hace alusión a espacios físicos que fomenten el respeto de la dignidad humana y que permitan a la enfermera(o) contar con un ambiente de cuidado.

10. **Formar en cuidado humanizado**: Esta subcategoría profundiza en la importancia de formar en cuidado humanizado y en la ética del cuidado no sólo en pregrado (etapa de formación de la/el enfermera(o)) sino también durante el ejercicio profesional.

11. **Equilibrio entre competencias técnico-cognitivas y psicoemocionales**: Para adecuada entrega de cuidado humanizado, los participantes han considerado necesario un equilibrio entre las diversas competencias especificadas (Tabla 5.41).

Tabla 5.41 Dimensión "Cuidado humanizado de enfermería", categoría requisitos de cuidado humanizado, subcategorías y propiedades

TEMA (DIMENSIÓN) 2: CUIDADO HUMANIZADO (CH)		
Categoría	**Subcategoría**	**Propiedades de la subcategoría**
Requisitos de CH	1. Establecer una relación interpersonal	Intima
		Acompaña
		Vinculación
		Confianza
		Involucramiento
		Trascendente
		Afectiva
		Conexión
	2. Integrar redes de apoyo del usuario	Empoderamiento familiar
		Integración de la familia al cuidado
		Preocupación por la familia
		Integración de otras redes de apoyo social en el cuidado
		Integración de amigos en el cuidado
	3. Competencias psicoemocionales	Autoconocimiento
		Empatía
		Compasión
		Comprensión
		Control de emociones
		Capacidad de darse cuenta
		Capacidad de contener al otro
	4. Integral	Integración de aspectos biosicosociales en el cuidado
		Integración de la espiritualidad
	5. Valoración integral de enfermería	Identificación de todas las necesidades
		Conocimiento integral del paciente
	6. Competencia actitudinal	Amabilidad
		Calidez
		Cordialidad
		Capacidad de facilitar procesos
		Capacidad de entregar apoyo
		Comprensión
		Respeto
		Sentido del humor
		Preocupación
		Capacidad de trabajar en equipo
		Disposición
		Comunicación efectiva
		Escucha activa
		Capacidad educativa a pacientes y familia
	7. Formar en CH	Formación valórica
		Preparación en competencias de humanización
		Formar con el ejemplo
		Educar al personal en CH
	8. Competencia Cognitiva	Conocimiento
	9. Espacios físicos adecuados	Generar un ambiente de cuidado
	10. Competencia cultural	Integrar las creencias del usuario
	11. Equilibrio entre competencias técnico-cognitivas y psicoemocionales	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.42 Principales discursos de los cuales emergieron la categoría de Requisitos de Cuidado Humanizado, sus subcategorías y propiedades

Codificación	Discurso
1 (55-58)	*…debe tener capacidad de escuchar, de ponerse en el lugar del otro, una capacidad de comunicación, calidez humana. Eso lo encuentro fundamental. Es un tema de ponerse en el lugar del otro, de ser empático.*
1 (58-62)	*De no entregar una atención fría, basada en un protocolo, que insisto es necesario tener protocolo, es necesario entregar una atención basada en aspectos técnicos, pero no basado sólo en eso, sino que estos factores que tienen que estar a la par, a la par de los aspectos técnicos quizás, este tema de la calidad humana, la de la empatía, de comunicación, de considerar la experiencia del otro.*
2 (23-24)	*Yo creo mucho en la parte espiritual también, entonces, para mi ese acompañamiento para mí es esencial.*
2 (31-32)	*…si el paciente me puede hablar evidentemente que "tiramos hasta la talla". De hecho me gusta tener esa relación con el paciente, que el paciente se ría.*
2 (70-71)	*Si yo soy atento a las necesidades de la otra persona, también es parte del cuidado, para mí.*
4 (3-4)	*…significa hartas cosas pero principalmente es entregar un cuidado con el mayor conocimiento y habilidades de una forma empática con respeto*
4 (17-20)	*…es transmitir el cuidado humanizado hacia a mis estudiantes para que ellos después sean enfermeros que lo practican a diario. Que esté como inmerso en ello, no que sea algo que haya que decirles cómo hacerlo sino que lo interioricen y después ellos sean unos enfermeros que hagan un cuidado humanizado.*
4 (24-25)	*…que ellos cuiden bien (estudiantes). Que sean respetuosos, empáticos y preocupados por sus usuarios.*
5 (9-10)	*…y estar disponible, atenta, amable, una sonrisa, yo creo que es fundamental en la atención.*
5 (19-21)	*…ellos están más preocupados a veces por su familia, por su trabajo, por el problema de salud que les aqueja en un momento determinado y les preocupa también las consecuencias, que va a pasar con eso a futuro. Y esa es un área que a veces no se trabaja y yo creo que es fundamental.*
6 (73-74)	*Insisto tiene que ser un equilibrio perfecto entre técnicamente muy bueno pero emocionalmente muy sostenedor*
7 (92-94)	*…ser capaz como enfermero de darte cuenta o ponerte en el lugar del otro o del sufrimiento del otro también es un elemento clave en el cuidado humanizado en particular. En ponerte en el lugar del otro…*
8 (52-53)	*Entonces le hecho de sonreír un poco más, de mirar un poco más a los ojos como lo hacía antes*
9 (5-8)	*Solucionar sus necesidades, emocionales, físicas, que no sea solo algo técnico, mecánico, muy frío, sino que vaya acompañado de una explicación, un tratamiento vaya con explicación de una conversación, solución de temores que se sienta comprendida, que se sienta apoyada la persona, eso para mí es humanizado*

Fuente: Elaboración propia

Para la tercera categoría de Cuidado humanizado: Impacto positivo del CH en el proceso salud-enfermedad: el cual es comprendido como el resultado favorable producto de la entrega de un cuidado humanizado.

Para esta categoría se pesquisaron las siguientes subcategorías, sin embargo no se lograron identificar propiedades:

1. **Calidad**: La cual se relaciona a la excelencia del cuidado otorgado, entendiéndose que el cuidado humanizado corresponde a un cuidado integral, basado en la individualidad de la persona y que está enfocado a solucionar las reales necesidades sentidas por el paciente y su familia, haciendo de este un cuidado óptimo y seguro.

2. **Satisfacción**: Apunta al bienestar usuario cuando se ha dado cumplimiento a las expectativas del paciente en relación a su cuidado.

3. **Hacer algo menos cruel**: Al considerar la enfermedad como un proceso que es si es desagradable para el ser humano, una experiencia que altera el curso normal de la vida de la persona, el cuidado humanizado es visto como aquel que logra generar que las sensaciones emanadas de este proceso sean menos desagradables y que disminuyan el dolor físico y emocional asociado a la enfermedad.

4. **Favorecer la adherencia**: Se evidencia a través de los discursos que el cuidado permite generar lazos entre el paciente y la enfermera(o), lo cual repercutiría en la adherencia que el paciente presentaría a su tratamiento e indicaciones.

5. **Tranquiliza y disminuye la ansiedad del paciente**: El cuidado humanizado al nacer de una relación interpersonal, al ser cercano e identificar las reales

necesidades sentidas por el paciente, permite disminuir la ansiedad asociada a la enfermedad y tranquilizar al paciente durante este proceso (Tabla 5.43).

Tabla 5.43 Dimensión "Cuidado Humanizado" Categoría Impacto positivo del CH en proceso salud-enfermedad y subcategorías

TEMA (DIMENSIÓN) 2: CUIDADO HUMANIZADO (CH)	
CATEGORÍA	**SUBCATEGORÍA**
Impacto positivo del CH en proceso salud- enfermedad	1. Calidad
	2. Satisfacción
	3. Hacer algo menos cruel
	4. Favorece la adherencia
	5. Tranquiliza / disminuye la ansiedad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.44 Principales discursos de los cuales emergió la Categoría Impacto positivo del CH en el proceso salud-enfermedad y sus subcategorías

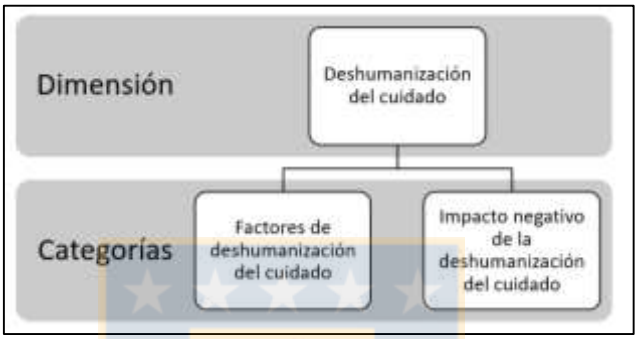
Codificación	Discurso
1 (19-21	*O sea, entregar un cuidado humanizado va a hacer que el paciente se identifique con su tratamiento, que sea partícipe, que lo entienda y que lo ejecute.*
1 (38-40)	*Si yo veo que mi familiar tiene dolor y veo que lo atiende un profesional que se preocupa de eso, tanto como me preocupa a mi voy a quedar satisfecho.*
1 (42-43)	*…va a ser una consecuencia este tema de la satisfacción usuaria si se entrega un cuidado humanizado.*
8 (94-97)	*algunos pacientes lo pasan terriblemente mal y yo objetivamente entre comillas podría decir que lo evidencian cómo el paciente se comporta con nosotros, o sea desde regalos hasta agradecimientos hasta no sé, objetivamente yo no tengo un servicio donde tengamos reclamos, tenemos felicitaciones*
9 (11-12)	*Yo creo que es de suma importancia para que la persona tenga primero adherencia con el tratamiento, segunda se sienta tranquila y colabore…*
9 (102-104)	*Ellos quedan tan agradecidos y que tienen así dentro de lo malo una buena experiencia de haber pasado por acá, están contentos con la atención la gran mayoría, la gran mayoría.*

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 3: Deshumanización del cuidado

Para esta dimensión se develaron dos categorías: Factores de deshumanización del cuidado y el impacto negativo de la deshumanización del cuidado (Figura 5.6).

Figura 5.6 Categorías de "Deshumanización del cuidado"



Fuente: Elaboración propia

Para la primera categoría mencionada, surgieron dos subcategorías:

1. **Factores internos a enfermería**: Son elementos que inciden en la deshumanización del cuidado y que proviene de la misma enfermera(o), ya sea por una débil formación profesional o por el poco compromiso de involucrarse en la entrega de un cuidado humanizado hacia el paciente y su familia.
2. **Factores externos a enfermería**: Esta subcategoría hace alusión a elementos que son ajenos a la formación de la enfermera(o), a su preparación y competencia profesional y a su intención de entregar un cuidado humanizado. Estos se relacionan más bien con elementos que surgen de la institucionalidad y del mundo laboral, en donde no se resguardan las condiciones que favorezcan o fomente la entrega de un cuidado humanizado, dentro de sus atributos encontramos la sobrecarga laboral asociado a la escasez de personal y espacios poco amigables para la entrega de cuidado humanizado.

De ambas subcategorías emergieron propiedades (Tabla 5.45).

Tabla 5.45 Dimensión “Deshumanización del cuidado”; categoría, subcategorías y propiedades

TEMA (DIMENSIÓN) 3: DESHUMANIZACIÓN DEL CUIDADO		
Categoría	**Subcategoría**	**Propiedades de subcategorías**
Factores de deshumanización del cuidado	1. Factores externos a enfermería	Estrés de la vida cotidiana
		Jefaturas no comprometidas con la humanización de los cuidados
		Burocracia
		Normas poco flexibles
		Ambigüedad en la apostura de humanización de las instituciones
		Infraestructura poco amigable
		Déficit de recursos físicos
		Déficit de recurso humano
		Tecnologización
		Paradigma biomédico predominante
		Sociedad individualista
		Sobredemanda de los usuarios.
	2. Factores internos a enfermería	Frustración
		Escases de tiempo
		Debilidad en la formación en competencias psicoemocionales
		Distanciamiento del usuario
		Trabajo administrativo no equilibrado con el cuidado
		Despersonalización
		Sobrecarga laboral
		Falta de empatía
		Cosificar al ser humano
		Parcialidad en la atención
		Tecnificación de la atención
		Falta de empoderamiento de enfermería

Fuente: Elaboración propia

Para la categoría “Impacto Negativo de la deshumanización del cuidado”, surgió como subcategoría: Enlentecimientos en los procesos de recuperación, entendiéndose esta como la deshumanización del cuidado repercute en que los proceso de hospitalización se entorpecen y se dificulta la recuperación en el paciente. Para esta subcategoría, no se lograron identificar (Tabla 5.46).

Tabla 5.46 Principales discursos de los cuales emergió la Categoría Factores de Deshumanización del cuidado, sus categorías, subcategorías y propiedades

Codificación	Discurso
2 (45-46)	*…en realidad como enfermero clínico no es mucho lo que yo puedo hacer si tengo una jefatura que me subroga, entonces, tampoco puedo hacer mucho.*
2 (86-89)	*…del cuidado que yo he recibido, está esta dualidad de que si yo como persona soy parte del sistema, todo es más fácil. Si no soy parte del sistema o la gente no sabe que yo soy parte del sistema, empiezan a poner trabas.*
3 (13-15)	*¿Cuál es el problema? Es que mucho tiempo no hay. El tiempo es súper escaso y generalmente tenemos que correr para todos lados y entonces, tiempo para dedicarse a eso es muy poco.*
3 (25-28)	*De repente, se les restringe demasiado las visitas y pasa que uno deja, que el niño esté de cumpleaños y deja que pase alguien más a visitarlo y como la norma dice sólo papá y mamá, no te dejan. Y eres criticada. Eres criticada porque sí o porque no. Porque si lo dejo, me retan. Porque si no lo dejo, "¿Cómo eres así?"*
3 (38-42)	*Por el sistema, exactamente. Por la burocracia. Entonces, de repente por ejemplo nosotros los enfermeros decimos, "Sí, ¿Saben qué? nosotros creemos de que tal paciente, no sé por ejemplo un paciente oncológico tiene que tener visita veinticuatro horas, pero resulta que llega la otra jefa y dice "No, a mí no me parece, así que no". Entonces, como que ahí cuesta un poquito hacerlo, cuesta mucho.*
4 (48-50)	*…hay de repente muchas limitaciones del sistema en que uno tiene todo de su parte pero hay otras cosas que impiden que a veces sean más que un cuidado humanizado…*
4 (55-58)	*…Y eso también limita el cuidado porque es distinto tener a cargo cinco, diez, quince, veinte, treinta pacientes que atender cien, doscientos, trescientos, que obviamente que no se le puede dar el cuidado que uno quiere…*
4 (77-81)	*…Y la infraestructura también porque si yo quiero dar la atención humanizada tengo que cuidar la dignidad del paciente y si no tengo biombo, no tengo cortina para separarlo, hay salas mixtas donde hay mujeres y hombres y tengo que poner una sonda Foley, no tengo como tapar a la señora que es pudorosa, eso también influye pero uno no puede hacer más si no tiene los elementos.*
5 (98-103)	*Nos hemos metido mucho en papeles, en registros y hemos empezado a medir la calidad por menos números de infecciones intrahospitalarias, por incidentes que ocurren o efectos adversos, nos hemos ido mecanizando un poco y la tecnología nos ha ido invadiendo y las máquinas son muy buenas como positivas, pero a veces se nos olvida que están conectadas a un paciente y ese paciente está ahí y se nos olvida un poco mirarlo miramos la máquina, no miramos al paciente o a la familia.*
6 (51-57)	*…entonces, también tiene que ver con una mirada desde la formación. Nosotros le damos un peso muy específico a los módulos profesionales, tienen muchas horas de práctica profesionales y los metemos en centros de simulación pero los metemos a hacer simulación de técnicas, jamás los hacemos enfrentar a un paciente que llora, sino que un paciente que sangre, que se está muriendo, sálvelo. Bueno y ¿Qué pasa si el señor, solamente tiene pena? ¿Qué pasa si la familia está llorando afuera? A esas acciones no los sometemos como profesionales en formación.*
6 (75-80)	*…hoy tenemos gente técnicamente muy preparada pero con muy poca herramientas emocionales, entonces no puede entregar un cuidado o sea si pueden hacerlo sin embargo, eso les genera mucho estrés y por eso hoy está la cantidad de enfermeras que padecen de riesgos psicosociales y de estrés porque manejan esto pero no manejan esto, entonces, lo emocional se los come "que hago, a mí no me formaron para esto, estoy de psicóloga" y un montón de cosas*
8 (294-297)	*…los colegas de la UCI y la UTI generalmente, puedo estar equivocado, pero generalmente creo que tienden a cosificar un poquitito más al paciente por la situación en la cual están, quizás sobre todo las de la UCI porque están con pacientes que no interaccionan mucho o interaccionan muy poco.*
9 (97-99)	*Entonces, puedes ser muy frío y dedicarte solamente a pasar el medicamento, a programar las horas, a programar todo. Lo podrías hacer y darías excelentes, andaría todo como reloj, pero ¿Cómo se sentiría el paciente?*

Fuente: Elaboración propia

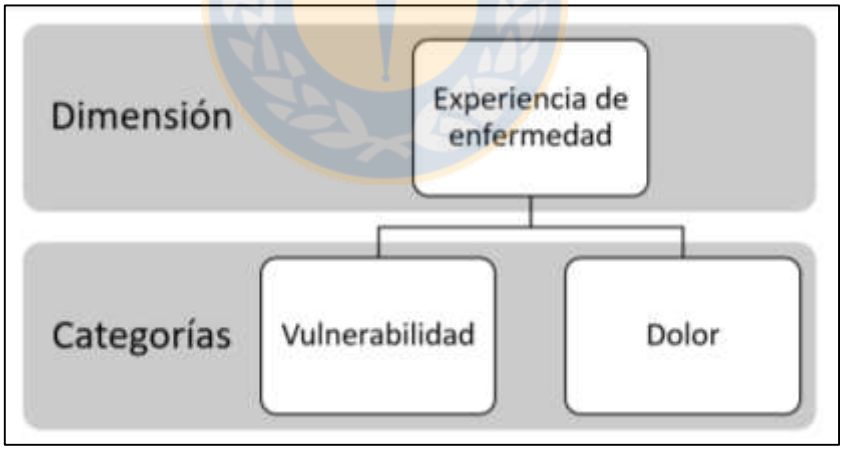
Dimensión 4: Experiencia de enfermedad

Para esta dimensión surgieron dos categorías, las cuales emergieron de los discursos como aspectos intrínsecos al proceso de enfermedad, estas categorías correspondieron a: Vulnerabilidad y Dolor (Figura 5.7).

1. **Vulnerabilidad**: Entendida como la fragilidad que se presenta en la persona que la hace susceptible a otras situaciones de riesgo al pasar por un proceso de enfermedad.

2. **Dolor**: Experiencia desagradable que se presenta cuando existe un proceso de enfermedad que se puede experimentar con experiencia desagradable sensorial o bien espiritual y/o emocional.

Figura 5.7 Categorías de Experiencia de enfermedad



Fuente: Elaboración propia

Para dolor emergieron dos subcategorías: dolor corporal, el cual corresponde al dolor físico y dolor espiritual, este último asociado por los participantes al sufrimiento y la soledad que muchas veces están presentes durante la enfermedad (Tabla 5.47).

Tabla 5.47 Dimensión “Experiencia de Enfermedad”; categorías y subcategorías

TEMA (DIMENSIÓN) 4: Experiencia de enfermedad	
Categoría	**Subcategoría**
1. Vulnerabilidad	
2. Dolor	Corporal
	Espiritual

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.48 Principales discursos de los cuales emergió la categoría Experiencia de enfermedad con sus subcategorías

Codificación	Discurso
7 (54-56)	*…nos enfermamos y nos convertimos en seres vulnerableso cuando nos damos cuenta o nos hacemos conscientes de esta vulnerabilidad en la que estamos expuestos por la enfermedad…*
7 (117-121)	*…yo creo que eso es re importante porque uno no se enferma solamente del cuerpo. Cuando uno se enferma, se enferma del alma muchas veces o de la emoción, de los sentimientos y eso yo creo que en los niños se ve mucho, mucho másque en los adultos y ahí es donde el cuidado tiene que si o si ser mucho más humanizado creo yo*
10 (58-61)	*Pero que cuando uno lo vive… quizás no fue un cáncer (interrumpe) pero quizás es una enfermedad mucho más dolorosa porque tú ves prostrada a una persona por un accidente vascular que no se pudo haber percatado antes y no haberse diagnosticado. Entonces, fue doloroso.*

Fuente: Elaboración propia

5.3 Triangulación de la información

Para la generación de indicadores de cuidado humanizado en enfermería, se debió triangular la información pesquisada en la fase cuantitativa de la investigación con la emanada de la fase cualitativa, a su vez para hacer más robusto al indicador y con mayor sustento teórico, esta información se enlazó con la Filosofía del Cuidado de Jean Watson.

Para tal efecto se analizaron los resultados por separado para posteriormente se contrastaron los resultados cuantitativos y cualitativos identificando aspectos comunes y otros no contemplados en alguno de los dos métodos investigativos. El paso siguiente fue contrastar estos resultados con la Teoría.

A continuación se muestran los resultados de dicho proceso.

5.3.1 Triangulación fase cuantitativa y cualitativa de la investigación

Esta triangulación metodológica, se ha basado en la búsqueda de patrones de convergencia para poder obtener una comprensión global del fenómeno de estudio, lo cual a su vez permitió generar información valiosa para la creación de los indicadores.

Es importante destacar que el primer análisis realizado correspondió a la triangulación de la información contenida en los reactivos del instrumento cuantitativo, con la emanada de la fase cualitativa y posteriormente se profundizó en los hallazgos cuantitativos y su relación con lo emergido cualitativamente.

De este proceso se pudo establecer que el instrumento PCHE se enfoca en evaluar la percepción del usuario en relación al cuidado humanizado entregado por enfermería, pero principalmente enfocado a aspectos más bien relacionados al quehacer de enfermería. La fase cualitativa de la investigación genera un gran aporte al estudio, ya que complementa la información entregada por la fase cuantitativa al ir develando elementos que no se encontraron presentes en la primera etapa.

En relación al quehacer de enfermería, se encontraron aspectos que convergieron de ambas metodologías aplicadas, en donde en la fase cualitativa se logra identificar la importancia del actuar de enfermería en la entrega de un cuidado humanizado, hecho que queda evidenciado principalmente, en su relación con la categoría “Requisito de cuidado humanizado” específicamente con su subcategoría “Competencias conductuales”, las cuales a través de sus propiedades, permiten visualizar la importancia de la actitud y el actuar de enfermería en la entrega de un cuidado humanizado, lo cual se vincula a los aspectos contenidos en el instrumento PCHE que apuntan a este ámbito (Tabla 5.49).

Tabla 5.49 Convergencia de conceptos implicados en la fase cuantitativa y cualitativa. Dimensión cuantitativa: "Cualidades del hacer de enfermería" y respectiva concordancia con fase cualitativa

CONCEPTUALIZACIONES CONTEMPLADAS EN LA FASE CUANTITATIVA		**CONCEPTUALIZACIONES CONTEMPLADAS EN LA FASE CUALITATIVA**	
Dimensión del instrumento PCHE	**Reactivos**	**Categoría**	**Subcategorías**
Cualidades del hacer de enfermería	Lo (la) hicieron sentir como persona	**Dimensión** *Cuidado Humanizado (CH)* **Categoría:** *Requisitos de cuidado humanizado (RCH)*	• Cuidado individualizado. • Cuidado ético. Respeto a la dignidad humana. • Cuidado ético. Centrado en la persona
	Lo (la) trataron con amabilidad	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Amabilidad
	Lo(la) hicieron sentir bien atendido(a) cuando conversaban con usted	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Amabilidad • Competencia actitudinal. Cordialidad • Competencia actitudinal. Comunicación efectiva • Relación interpersonal. Confianza
	Lo(la) hicieron sentir tranquilo(a), cuando estaban con usted	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencias psicoemocionales. Capacidad de contener
		Dimensión *CH* **Categoría:** Impacto positivo del cuidado humanizado	• Tranquilizar/ disminuir la ansiedad
	Le daban confianza cuando cuidaban de usted.	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Establecer una relación interpersonal. Confianza
	Le explicaron los cuidados que le brindaron, usando un tono de voz pausado	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Comunicación efectiva
	Demostraron respeto por sus creencias y valores	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *Características de cuidado humanizado (CCH)*	• Visión holística
		Dimensión *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia cultural. Integrar las creencias del usuario.

Fuente: Elaboración propia

Para apertura a la comunicación, también se pesquisaron aspectos concordantes entre ambas metodologías, pero en este punto cabe destacar que los resultados de la aplicación del instrumento PCHE, demostraron que este criterio fue el más débil evaluado por los participantes, a su vez, en la fase cualitativa, la comunicación emergió como un requisito preponderante para la entrega de un cuidado humanizado (Tabla 5.50).

Tabla 5.50 Convergencia de conceptos implicados en la fase cuantitativa y cualitativa. Dimensión cuantitativa: "Apertura a la Comunicación" y respectiva concordancia con fase cualitativa

CONCEPTUALIZACIONES CONTEMPLADAS EN LAFASE CUANTITATIVA		**CONCEPTUALIZACIONES CONTEMPLADAS EN LA FASE CUALITATIVA**	
Dimisión del instrumento PCHE	**Reactivos**	**Dimensión/ Categoría**	**Subcategorías**
Apertura a la comunicación enfermera(o) paciente	Lo(la) miraron a los ojos cuando le hablaban	**Dimensión** *Cuidado Humanizado (CH)* **Categoría:** *Requisitos de cuidado humanizado (RCH)*	• Establecer una relación interpersonal. Afectiva • Establecer una relación interpersonal. Conexión • Competencia actitudinal: escucha activa
	Le dedicaron tiempo para aclarar sus inquietudes	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Darse tiempo para el otro • Competencia actitudinal. Disposición
	Le fue fácil comunicarse con la enfermera(o).	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Escucha activa • Competencia actitudinal. Comunicación efectiva • Competencia actitudinal. Disposición
	Le explicaron previamente los procedimientos que le iban a realizar	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Comunicación efectiva • Competencia actitudinal. Facilitador de procesos
	Respondieron sus preguntas con seguridad y claridad	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Comunicación efectiva. • Competencia cognitiva. Conocimiento
	Se identificaron con su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Respeto
	Le dieron explicaciones sobre su atención cuando usted lo pidió	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Darse el tiempo. • Competencia actitudinal. Disposición • Competencia actitudinal. Facilitador de procesos
	Le proporcionaron información suficiente y oportuna para que usted pudiera tomar decisiones relacionadas con su salud.	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *Características de cuidado humanizado (CCH)*	• Cuidado ético. Respeto por la autonomía

Fuente: Elaboración propia

Finalmente para la última dimensión del instrumento cuantitativo PCHE, correspondiente a disposición para la atención, también se encontraron convergencias entre este criterio y la información emanada de la fase cuantitativa (Tabla 5.51).

Tabla 5.51 Convergencia de conceptos implicados en la fase cuantitativa y cualitativa. Dimensión cuantitativa: "Disposición" y respectiva concordancia con fase cualitativa

CONCEPTUALIZACIONES CONTEMPLADAS EN LA FASE CUANTITATIVA		**CONCEPTUALIZACIONES CONTEMPLADAS EN LA FASE CUALITATIVA**	
Dimisión del instrumento PCHE	**Reactivos**	**Dimensión/ Categoría**	**Subcategorías**
Disposición para la atención	Se mostraron interesados por brindarle comodidad durante su hospitalización	**Dimensión** *Cuidado Humanizado (CH)* **Categoría:** *Requisitos de cuidado humanizado (RCH)*	• Competencia actitudinal. Preocupación • Competencia actitudinal. Disposición
	Le dedicaron el tiempo adecuado para su atención.	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Darse el tiempo
	Lo(la) llamaron por su nombre	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *Características de cuidado humanizado (CCH)*	• Cuidado individualizado • Cuidado ético. Respeto a la dignidad humana
	Atendieron oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Disposición
		Dimensión *CH* **Categoría:** *CCH*	• Cuidado ético. Respeto a la dignidad humana • Cuidado ético .Principio de beneficencia
	Sintió que estaban pendientes de usted	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Preocupación • Competencia actitudinal. Disposición
	Le permitieron expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y su tratamiento	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Establecer una relación interpersonal. Confianza
	Respondían oportunamente a su llamado	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Disposición • Competencia actitudinal. Preocupación

	Lograron identificar sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Valoración integral de enfermería: identificación de todas las necesidades. Integral. Integrar aspectos biopsicosociales y espiritual.
	Lo(la) escucharon atentamente	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Escucha activa
	Le preguntaron y se preocuparon por su estado de ánimo	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Preocupación • Integral. Integrar aspectos biopsicosociales • Valoración integral de enfermería: identificación de todas las necesidades.
	Le otorgaron un cuidado cálido y acogedor	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Calidez
	Lo(la) ayudaron a manejar su dolor físico	**Dimensión** *Experiencia de enfermedad*	• Dolor, dolor físico
	Se mostraron responsables en su atención	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *CCH*	• Cuidado responsable
	Se mostraron respetuosos por sus decisiones	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Respeto
		Dimensión *CH* **Categoría:** *CCH*	• Cuidado ético. Autonomía
	Le dijeron que, cuando quisiera algo, usted los podía llamar	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Comunicación efectiva. • Competencia actitudinal. Preocupación
	Respetaron su intimidad física.	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Respeto
		Dimensión *CH* **Categoría:** *CCH*	• Cuidado ético. Respeto a la dignidad humana
	Le dieron a tiempo los medicamentos indicados	**Dimensión** *CH* **Categoría:** *CCH*	• Cuidado ético. Principio de beneficencia
		Dimensión *CH* **Categoría:** *RCH*	• Competencia actitudinal. Preocupación. Conocimiento

Fuente: Elaboración propia

Si bien se encontraron elementos convergentes entre ambas metodologías utilizadas, cabe destacar que valiosa información emergida de la etapa cualitativa no se visualiza en la fase cuantitativa, estas afirmaciones se encuentran contenidas en las siguientes Categorías y subcategorías emanadas de la dimensión cualitativa: “Cuidado humanizado”.

De “Requisitos de Cuidado humanizado”, su subcategoría “formación en cuidado humanizado”, no se encuentra evidenciada en la primera etapa de la investigación, sin embargo emerge como un punto muy importante en la entrega de cuidados humanizados de enfermería, ya que ésta involucra la educación y la preocupación por la formación constante de los profesionales que trabajan entregando cuidando, a su vez también se relaciona este ámbito con el autocuidado y autoconocimiento con el fin de poder entregar un cuidado integral y humano.

De la misma categoría “Requisitos de Cuidado Humanizado”, emana la subcategoría “Espacios físicos adecuados”, la cual está abocada a generar un ambiente de cuidado, donde cobran gran relevancia la comodidad y tranquilidad del paciente, sin embargo este aspecto no se encuentra declarado en el instrumento PCHE.

Otro elemento no contemplado en la fase cuantitativa corresponde a la “Integración de la familia y otras redes de apoyo”, subcategoría emergida de los “Requisitos de Cuidado Humanizado”, la cual considera la incorporación de la familia o personas cercanas al paciente al cuidado de éste. Sin embargo, este ámbito tan relevante del cuidado humanizado, no se visualiza en la fase cuantitativa de la investigación.

La fase cuantitativa no contempla la evaluación del ámbito relacionado a la espiritualidad del paciente, sin embargo en la etapa cualitativa emerge de la categoría “Características del Cuidado humanizado“, la subcategoría “Integral”, la cual considera la integración de la espiritualidad del paciente en el cuidado

entregado por la/el enfermera(o), a su vez este criterio se refuerza con otra subcategoría denominada “competencia cultural”, la cual pertenece a “Requisitos de cuidado humanizado”, que contempla el respeto y la integración de la cultura del paciente al cuidado (Tabla 5.52).

Tabla 5.52 Elementos cualitativos no contemplados en la fase cuantitativa

Categoría	Subcategorías	Especificaciones
Características de Cuidado humanizado	• Cuidado ético: Justo, equitativo	No declarado y no involucrado en la fase cuantitativa de la investigación.
Características de Cuidado humanizado	• Cuidado significativo • Cuidado transversal • Cuidado perfecto • Vocación	Si bien estos aspectos no están declarados de forma explícita en el instrumento cuantitativo, se pude apreciar que estas características se desprenden de todas las acciones que se contemplan en cada reactivo.
Características de Cuidado humanizado	• Innovador	No declarado y no involucrado en la fase cuantitativa de la investigación.
Requisitos de cuidado humanizado	• Establecer una relación interpersonal: - Intima - Acompaña - Vinculación - Involucramiento - Trascendente	No declarado y no involucrado en la fase cuantitativa de la investigación.
Requisitos de cuidado humanizado	• Integrar redes de apoyo del usuario: - Empoderamiento familiar. - Integración de la familia al cuidado. - Preocupación por la familia. - Integración de otras redes de apoyo social en el cuidado. - Integración de amigos en el cuidado	No declarado y no involucrado en la fase cuantitativa de la investigación.
Requisitos de cuidado humanizado	• Competencias psicoemocionales: - Autoconocimiento - Empatía - Compasión - Comprensión - Control de emociones - Capacidad de darse cuenta - Capacidad de contener al otro	No declarado, sin embargo, la empatía, la compasión, la capacidad de darse cuenta y la contención, podrían considerarse como aspectos contenidos en las afirmaciones que presenta el cuestionario PCHE. No se declara y no está involucrado en ningún reactivo el autoconocimiento y el control de emociones.

Requisitos de cuidado humanizado	• Integral: Integración de la espiritualidad	Se aborda solo en un reactivo del instrumento PCHE, relacionado con la valoración de este aspecto. No hay evidencia de su integración al cuidado, en el instrumento PCHE.
Requisitos de cuidado humanizado	• Valoración integral de enfermería Conocimiento integral del paciente	Si bien un reactivo (n°22), se relaciona de manera indirecta con la valoración integral de enfermería, la fase cuantitativa no profundiza en este aspecto y no se considera la importancia de la valoración integral de enfermería como una fuente de conocimiento fehaciente de la persona y su familia.
Requisitos de cuidado humanizado	• Competencia actitudinal: - Cordialidad - Apoyador - Comprensión - Humor - Capacidad de trabajar en equipo. - Educador constante de usuarios y familia	La fase cuantitativa aborda principalmente elementos relacionado con la conducta de enfermería frente a la persona enferma, sin embargo no se encontraron criterios que estuvieran relacionados o involucraran el humor, la capacidad de trabajar en equipo y el rol educador a usuarios y familiares. Sólo se pudo apreciar que el ser cordial, comprensivo y apoyador, pudieran estar comprendidos de manera indirecta en la etapa cuantitativa.
Requisitos de cuidado humanizado	• Formar en CH: - Formación valórica. - Preparación en competencias de humanización. - Formar con el ejemplo. - Educar al personal en CH	No declarado y no involucrado en la fase cuantitativa de la investigación.
Requisitos de cuidado humanizado	• Competencia Cognitiva: Conocimiento	Si bien en el cuestionario PCHE existe un reactivo que se relaciona con este aspecto, no se encontraron otros que aborden el conocimiento teórico y técnico que debe poseer la enfermera(o) para entregar cuidado humanizado.
Requisitos de cuidado humanizado	• Espacios físicos adecuados: Generar un ambiente de cuidado	No declarado y no involucrado en la fase cuantitativa de la investigación.
Requisitos de cuidado humanizado	• Equilibrio entre competencias técnico-cognitivas y psicoemocionales	No declarado y no involucrado en la fase cuantitativa de la investigación.
Impacto positivo del cuidado humanizado	• Calidad • Satisfacción • Hacer algo menos cruel • Favorece la adherencia	En general, los elementos de esta categoría cualitativa, no se encontraron declarados o involucrados en la etapa cuantitativa, sin embargo sólo calidad del quehacer de enfermería es abordado en la fase cuantitativa.

Fuente: Elaboración propia

También es importante destacar que de la fase cualitativa emergieron otras dimensiones que no están contempladas dentro de la etapa cuantitativa, sin embargo se vinculan fuertemente al cuidado humanizado, a su vez, éstas fortalecen la información encontrada en esta investigación y se consideran un gran aporte para la construcción de indicadores de cuidado humanizado en enfermería. Estas dimensiones corresponden a: “Cuidado de enfermería”, “Deshumanización del cuidado” y “Experiencia de enfermedad” (Tabla 5.53).

Tabla 5.53 Elementos cualitativos no contemplados en la fase cuantitativa de la investigación

Dimensión : Cuidado de Enfermería	
Categorías y subcategorías	Los elementos de estas categorías no se visualizan de manera explícita en el instrumento PCHE.
Cuidado ético: Respeto por la dignidad humana	
Cuidado integral	
Cuidado como esencia de enfermería	
Cuidado trascendental	
Dimensión : Deshumanización del Cuidado	
Categorías y subcategorías	Los aspectos contemplados en estas categorías y subcategorías de esta dimensión, no se evidencian en la fase cuantitativa de la investigación**.**
Factores de deshumanización del cuidado: **Factores externos a enfermería** Estrés de la vida cotidiana Jefaturas no comprometidas con el tema Burocracia Normas poco flexibles Ambigüedad en la postura de humanización de las instituciones Infraestructura poco amigable Déficit de recursos físicos Déficit de recurso humano Tecnologización Paradigma biomédico predominante Sociedad individualista Sobredemanda de los usuarios.	
Factores de deshumanización del cuidado: **Factores internos a enfermería** Frustración Escases de tiempo Debilidad en la formación en competencias psicoemocionales Distanciamiento del usuario Trabajo administrativo no equilibrado con el cuidado Despersonalización Sobrecarga laboral Falta de empatía Cosificar al ser humano Parcialidad en la atención Tecnificación de la atención Falta de empoderamiento de enfermería	
Impacto negativo en la recuperación: Enlentecimiento en los procesos de recuperación	
Dimensión : Experiencia de enfermedad	
Categorías y subcategorías	
Vulnerabilidad	En el instrumento solo un reactivo hace alusión al dolor físico, sin embargo no se contempla el dolor espiritual.
Dolor: Corporal Espiritual	

Fuente: Elaboración propia

5.3.2 Resultados de la fase cuantitativa, cualitativa y su enlace con la Teoría

Para relacionar la Filosofía del Cuidado Humano de Jean Watson con los resultados emanados de este estudio, se procedió a triangular los 10 Factores del Proceso Caritas (Cuidado Humano) de Jean Watson (17, 139), con los resultados aquí encontrados.

- **Factor 1: "Formación humanista-altruista en un sistema de valores":**

En la teoría Watson manifiesta la importancia que la enfermera(o) vaya creciendo en su desarrollo moral, por lo cual ella /él debería realizar actividades que fomentaran esta evolución, a su vez Watson le otorga mucha relevancia a la formación en aspectos psicosociales, para llegar a comprender la otro en su totalidad (17, 139).

Este aspecto contemplado en la teoría, no se aprecia de manera fehaciente en la fase cuantitativa de la investigación, al no estar integrado en el instrumento, sin embargo en la fase cualitativa de este estudio, emana dentro de la categoría: “Requisitos de cuidado humanizado”, específicamente en la subcategoría, “formación en cuidado humanizado”, en donde se releva la importancia de formar a las futuras generaciones en aspectos valóricos y psicoemocionales que les entreguen las competencias necesarias para poder otorgar un cuidado holístico, integral y por ende humano. A su vez, también emanó, que esa formación no solo debe estar presente a nivel de universidades, sino que debe ser parte de una formación continua.

- **Factor 2: "Incorporación de la fe-esperanza'":**

El segundo factor de cuidado de la teoría de Watson, apunta al respeto por las creencias del individuo y como estas se incorporan al cuidado, a su vez también contempla la integración de la espiritualidad al proceso de cuidado (17,139).

A través de los resultados y el análisis de ambas metodologías empleadas en esta investigación, se pudo apreciar que el instrumento PCHE utilizado en la fase cuantitativa no especifica y no profundiza en estos aspectos, solo se puede inferir por un reactivo que considera el respeto por las creencias personales, pero no se encontraron otros que abordaran esta característica del cuidado humanizado, ni la integración de la espiritualidad. A su vez, de la fase cualitativa emanaron de la categoría de "Requisito de cuidado humanizado", las subcategorías de: "competencia cultural" e "integral", la primera relacionada con la importancia de tener competencias personales que permitan a la/el enfermera(o) comprender, respetar e integrar las creencias de la persona que pertenece a una cultura diferente a la de ella o él, a su vez, la subcategoría de integral, apunta al respeto e incorporación de aspectos biopsicosociales del paciente y de la espiritualidad en el acto de cuidar.

- **Factor 3: "El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros". O "El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión":**

Watson plantea que el ser humano es esencialmente un ser que siente y que presenta diversos sentimientos frente a los distintos procesos que enfrenta en la vida, situación que es vivida de igual forma tanto por la persona enferma como por la/el enfermera(o) (17,139).

A través de este estudio en la fase cualitativa de la investigación se pesquisó la importancia como un requisito de cuidado humanizado, la “formación en cuidado humanizado” de las/los enfermeras(os), lo cual contempla aspectos como el crecimiento personal en lo que se refiere al autoconocimiento y la identificación y control de emociones. A su vez, este autoconocimiento permitiría a la/el enfermera(o) ser competente actitudinalmente y psicoemocionalmente, aspectos contemplados en subcategorías emanadas de la categoría “Requisitos de cuidado humanizado”, a través del desarrollo de la empatía, la compresión y la compasión, cualidades que inciden en la entrega de cuidados respetuosos, afectivos, cordiales, etc. que en general, apuntan a un cuidado digno, integral y humanizado.

Si bien el instrumento PCHE no aborda de manera específica la formación en cuidado humanizado, ni aspectos de las competencias psicoemocionales emanadas de la fase cualitativa de la investigación, pero si apunta a algunos aspectos actitudinales en la entrega de éste, como el autoconocimiento, control de emociones y la capacidad de contener al otro.

- **Factor 4: "El desarrollo de una relación de ayuda y confianza":**

Para Watson es fundamental el establecer una relación interpersonal entre la enfermera y la persona objeto de cuidado, la cual debe estar caracterizada por honestidad y respeto, la cual va forjando una confianza recíproca entre ambas partes (17,139).

De los resultados de esta investigación, emergen en la fase cualitativa, en la categoría “Requisitos de cuidado humanizado”, la subcategoría “establecer una relación interpersonal”, la cual debe estar caracterizada por una relación en la que se establece y se desarrolla un vínculo, una conexión, un involucramiento, que permitan generar una relación de confianza, íntima, afectuosa y trascendental, donde la persona pueda expresar sus sentimientos y necesidades de manera libre

y sin temores. Sin embargo en la fase cuantitativa, no se profundiza en estos aspectos de la relación interpersonal.

- **Factor 5: "La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos" o "estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida":**

Watson plantea que en la relación de cuidado, la enfermera debe aceptar a la persona como es, pero también como puede llegar a ser. En este factor de cuidado afloran aspectos esenciales de la relación interpersonal, como es la confianza para facilitar la expresión de sentimientos por parte de la persona que es sujeto de cuidado, a su vez hace énfasis en que la conexión que se establece a través de la relación interpersonal debe permitir la incorporación de la espiritualidad, la cual muchas veces es olvidada por enfermería (17,139).

En la fase cualitativa de la investigación, estos aspectos surgen como relevantes en la categoría “Requisitos de cuidado humanizado”, con sus subcategoría de “relación interpersonal” y “competencias psicoemocionales”. También se puede inferir que para lograr lo planteado en este factor de cuidado de Watson, es fundamental la formación en lo que se refiere a estrategias de autoconocimiento para la/él enfermera(o), la cual le permita conectarse de mejor manera con los sentimientos de la persona que es objeto de su cuidado. A su vez la fase cuantitativa, se centra principalmente en conductas, pero no profundiza en la relación interpersonal ni en competencias psicoemocionales que permitan fomentar estar relación de ayuda.

- **Factor 6: "El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial" o "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”:**

Watson relaciona este factor con la importancia que tiene la investigación, la creación de nuevos saberes y la apertura a nuevas estrategias de cuidado, que permitan dar un cuidado integral y a su vez ir resolviendo los problemas o sorteando los obstáculos que se presentan en la práctica (17,139).

Las pesquisas en este estudio, se enlazan con lo manifestado por Watson en su teoría. Este factor en particular, se relaciona con la categoría emanada de la fase cualitativita denominada “características del cuidado humanizado”, siendo una de ellas la innovación, ya que un cuidado que se centra en la persona y que es holístico e integral debe poseer diversas estrategias para poder ser entregado a distintas personas, a su vez, éstas deben estar fundamentadas en el conocimiento, aspecto que también emerge de esta etapa de la investigación como una subcategoría: “competencia cognitiva”, la cual se relaciona con los saberes, en donde enfermería debe ser capaz de forjar su propio conocimiento en base a investigaciones que permitan avanzar en esta materia y hacer un cambio en lo que se refiere a la atención actualmente entregada en muchos lugares.

La fase cuantitativa de la investigación, no profundiza en este factor de cuidado.

- **Factor 7: "La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal" o "Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro".**

Este factor de cuidado se relaciona con el rol educador de enfermería y de las competencias que esta debe tener para lograr un cambio de conducta en el otro, lo cual involucra la identificación de necesidades, la comunicación y el conocimiento que debe poseer la/él enfermera(o). Watson hace énfasis a que esto es un proceso enseñanza-aprendizaje y no un “recitar” de información a la persona objeto de cuidado (17,139).

Este factor de cuidado se aborda ampliamente en la fase cuantitativa de la investigación ya que varios reactivos apuntan a la identificación de necesidades y principalmente al proceso comunicativo. Es importante destacar que los resultados de esta etapa de la investigación revelaron que la dimensión más débil percibida por los usuarios era la “apertura a la comunicación por parte de la/él enfermera(o)”. A su vez, en la fase cualitativa, se identificó la “valoración integral del profesional de enfermería” como una subcategoría de “Requisitos de cuidado humanizado”, siendo ésta fundamental para tener un conocimiento integral de la persona objeto de cuidado y de sus necesidades. Otro aspecto que surgió de la investigación y que permiten la entrega de conocimientos a los pacientes y familia es la “comunicación efectiva” la cual emanó como una propiedad de la subcategoría “Competencia Actitudinal”

Otro aspecto que vincula los resultados de este estudio con la Teoría, proviene de la fase cualitativa, de la categoría: “Características del cuidado humanizado” y de su subcategoría: “Cuidado ético”, ya que éste fomenta el respeto por la autonomía del usuario, la cual no puede ser ejercida si no existe conocimiento, es allí donde surge la importancia del rol de enfermería en el proceso de enseñanza y aprendizaje, el cual no sólo abarca a la persona afectada, sino también a su entorno. A su vez, el considerar a la familia y personas cercanas al paciente en este proceso educativo también se enlaza con la información emergida en esta investigación, específicamente este punto se vincula a la subcategoría: “Integración de las redes de apoyo del paciente”, la cual considera la vinculación con la familia, el empoderamiento familiar en relación al cuidado del paciente y la responsabilidad que el entorno de la persona enferma tiene en su cuidado, todos aspectos que no podrían ser logrados sin educación de enfermería.

- **Factor 8: "La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural o "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":**

Watson le entrega gran relevancia al ambiente de cuidado, el cual no incluye sólo aspectos físicos, sino todo lo que involucra un ambiente que fomente la tranquilidad, disminución de la ansiedad y recuperación (17,139).

Este factor de cuidado, se enlaza con los hallazgos de esta investigación, específicamente con lo emergido en la fase cualitativa, a través de la subcategoría: “Ambientes físicos adecuados”, sin embargo la información emanada de los discursos no permitió identificar características específicas de ese entorno.

A su vez, se visualiza una relación entre la categoría “Requisito de cuidado humanizado” y sus subcategorías: “establecer una relación interpersonal”, “integrar las redes de apoyo del usuarios”, “competencias psicoemocionales”, “valoración integral de enfermería”, “entrega de un cuidado integral”, más “competencias actitudinales” y “competencias culturales” las cuales inciden y permiten fomentar este ambiente holístico, al cual hace alusión Watson.

En la fase cuantitativa, no se contempla de manera específica la medición de un ambiente de cuidado, solo se pude inferir que los reactivos contenidos en las dimensiones; “cualidades del quehacer de enfermería” y “apertura para la comunicación”, fomentan la creación de un ambiente de cuidado.

- **Factor 9: "La asistencia con la gratificación de necesidades humanas" o "La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger".**

Para Watson la identificación de necesidades debe involucrar todos los ámbitos de la vida humana, incluyendo aspectos que se relacionan con la vivencia de la espiritualidad, otorgando al cuidado humanizado su visión holística del ser humano (17,139).

Este factor de cuidado se observa presente en ambas fases investigativas, ya que el instrumento PCHE involucra reactivos que miden la identificación de necesidades humanas, sin embargo no contempla la medición aspectos relacionados con la espiritualidad de la persona.

En la Fase cualitativa se hace alusión a las “características de cuidado humanizado” como una categoría de este y en su subcategoría: “Visión holística” se puede apreciar la clara vinculación de los resultados de este estudio con lo contemplado en la Teoría. A su vez en la categoría de “Requisitos de cuidado humanizado”, emergió como subcategoría la “valoración integral de enfermería”, la cual permite la identificación de todas las necesidades de la persona objeto de cuidado y por lo tanto el conocimiento completo de este ser humano, al mismo tiempo otra subcategoría emergida de los “Requisitos de cuidado humanizado” fue la “Integralidad”, en donde se especifica integrar la espiritualidad del paciente a su cuidado.

- **Factor 10: “El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales":**

Aquí Watson hace alusión a la compresión que la enfermera(o) debe poseer de todos los procesos que influyen en la experiencia humana, para poder entender desde la perspectiva del paciente su vivencia del proceso salud- enfermedad (17,139).

Este factor de cuidado no se especifica de manera clara en la fase cuantitativa de la investigación, ya que ningún reactivo apunta de manera directa a medirlo, sin embargo en la fase cualitativa se puede apreciar que emergen categorías que se relacionan de manera directa con este factor, como son los “Requisitos de cuidado humanizado”, en donde se encuentran las subcategorías de “competencias psicoemocionales”, “conductuales” y “culturales”, que debe poseer la enfermera(o) para entregar un cuidado humanizado, entre ellas se destacan la comprensión, la empatía y la integración de las creencias del paciente al proceso de cuidado, competencias que permitirían a la enfermera(o) comprender desde la perspectiva de la persona objeto de cuidado, el cómo ésta vivencia su proceso de enfermedad.

5.4 Generación de Indicadores de cuidado humanizado

Para la elaboración de indicadores de cuidado humanizado, se desarrolló un proceso metodológico, que permitió el aporte de información relevante y fidedigna, necesaria para la identificación de aspectos relacionados con la humanización del cuidado que fueran una oportunidad de mejora en la práctica clínica, lo cual guiara finalmente la creación de indicadores, que permitieran evaluar en el tiempo la incorporación cotidiana de factores involucrados en un cuidado humano. Los pasos contemplados fueron los siguientes:

1. Revisión exhaustiva de la literatura.
2. Identificación de la percepción de cuidado humanizado por el receptor de cuidado.
3. Percepción de cuidado humanizado por parte de proveedores de cuidado.
4. Triangulación de la información: Teoría, cuantitativa, cualitativa.
5. Análisis de la información emanada de la triangulación de los datos.
6. Evaluación de propuesta de indicadores por enfermeras(os) expertas(os).
7. Evaluación de indicadores dirigidos al paciente.
8. Evaluación de indicadores dirigidos a la institución.

5.4.1 Ficha del Indicador N°1

1. **Nombre del indicador:**

   “Entrega de cuidado humanizado por parte de enfermeras y enfermeros”

2. **Área o dimensión:**

   Calidad de la atención

3. **Justificación:**

   Para la implementación de este indicador se han considerado los lineamientos oficiales vigentes en el País, de donde emanan las actuales políticas Ministeriales que evidencian la preocupación en relación a la calidad de los cuidados que se entregan en salud y a la satisfacción percibida por las personas, en donde se busca resguardar la calidad de la atención en relación al trato que se establece con el usuario, lo cual queda evidenciado en las siguientes normativas: Ley de Autoridad Sanitaria (8), la cual busca resguardar la “dignidad del paciente”, creación de la Ley 20.584 (7), que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la guía de orientaciones técnicas para la estrategia de buen trato. A la luz de este marco normativo, surge la preocupación de las instituciones por cumplir con lo estipulado en las regulaciones gubernamentales y a su vez, contar con un instrumento que permita medir de manera confiable, el cuidado humanizado que entrega la enfermera(o) al usuario y su familia.

4. **Definición del indicador:**

   Porcentaje de pacientes hospitalizados que han recibido cuidados de enfermería y que cumplen con los 27 criterios establecidos para la recepción de un cuidado humanizado.

Estos criterios son las condiciones básicas señaladas para la entrega de cuidado humanizado por parte de la/el enfermera y/o enfermero.

5. Definición operacional:

Conjunto de acciones que debe realizar la/el enfermera(o) con el fin de entregar un cuidado humanizado a pacientes hospitalizados en servicios generales (medicina-cirugía). Las cuales incluyen aspectos emanados de las diversas categorías de este cuidado, entre ellas, características del cuidado humanizado como: su visión holística, ser un cuidado responsable, ético, significativo y transversal. Y de la categoría "requisitos de cuidado humanizado" de donde se desprenden los siguientes criterios, los cuales se encuentran integrados en este indicador: establecimiento de una relación interpersonal, la integración de redes de apoyo del usuario (familia, amigos u otros), competencias psicoemocionales, actitudinales y culturales necesarias para la entrega de un cuidado humanizado, integración de aspectos biopsicosociales y espirituales del cuidado y la valoración integral de enfermería, necesaria para el completo conocimiento del paciente y su familia.

6. Fórmula:

$$\frac{\text{Total de pacientes hospitalizados que han recibido cuidados de enfermería, que cumplen con los 27 criterios de cuidado humanizado establecidos, durante el periodo y el servicio a evaluar}}{\text{Total de pacientes hospitalizados que han recibido cuidados de enfermería, establecidos en el mismo servicio y periodo}} \times 100$$

7. Explicación de términos:

Cuidado humanizado: Término que corresponde a la acción de humanizar lo cual implica, hacer algo más humano, cercano y menos cruel o doloroso para las personas. El cuidado humanizado de enfermería se puede entender como

aquel que involucra acciones de orden expresivo, es decir, aquellas enfocadas a actitudes y comportamientos de cuidado como son el respeto, gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad, entre otras; en donde para que el cuidado se concrete, los pacientes deben sentir confianza y seguridad en el cuidador o cuidadora, además de ser considerados como seres humanos y no como objetos (37).

8. **Población:**

   La población corresponderá a pacientes hospitalizados de servicios generales en atención cerrada.

9. **Tipo:**

   Indicador de proceso de cuidado.

10. **Fuentes de datos:**

    Entrevista directa a los pacientes hospitalizados en servicios generales en atención cerrada, que se encuentren habilitados intelectualmente para dar respuesta a los criterios de evaluación y que se encuentren hospitalizados por al menos 72 horas.

11. **Instrumento para la medición:**

    “Entrega de cuidado humanizado por parte de enfermeras y enfermeros”

    Formato de recolección de datos diseñado con respuesta dicotómicas (Si cumple / No Cumple)

12. **Estándar:**

    Deseable que el 100% de los pacientes reciban un cuidado humanizado acorde a los 27 criterios del indicador. Al inicio se espera al menos un 80%

de cumplimiento. La medición basal permitirá desarrollar planes de mejora al interior de la organización que favorezcan el cumplimiento deseable del indicador.

13. Comentarios:

El responsable del cumplimiento del indicador en la institución será la enfermera encargada de la gestión del cuidado en el hospital correspondiente, quien en coordinación con las supervisoras de los servicios, verificará que la medición del indicador se lleve a cabo por un representante externo, idealmente de la OIRS (oficina de informaciones, reclamos y sugerencias).

Para la medición, se sugiere realizarla semanalmente, en un día de la semana seleccionado aleatoriamente, sin embargo, dependiendo de los recursos disponibles y del número de camas por servicio clínico, se puede decidir la periodicidad y el número de pacientes a participar, para tal efecto se considera aceptable una muestra representativa aleatoria en la unidades que presentan gran número de pacientes y en los servicios con menor número de camas se deberá considerar al total de la población, exceptuado pacientes con menos de 72 horas de hospitalización y con incapacidad para dar respuesta a los criterios del indicador.

Para la selección de pacientes, la persona que haga la medición, va a requerir revisar como fuente de información, documentos en donde se encuentren los listados de pacientes hospitalizados del servicio correspondiente como: libros de entrega de turno, hojas de admisión, registros computacionales, etc. según sea el tipo de registro que se maneje en la institución. Ya que debe elegir los pacientes según los criterios de selección estipulados en el instructivo de llenado del indicador.

14. Actividades posteriores a la medición:

Si se logra dar cumplimiento al estándar, la institución debe velar por conservar el índice de cumplimiento cercano al 100%. Para tal efecto debe mantener y fomentar actividades que impacten de manera positiva en la entrega de un cuidado humanizado por parte de las enfermeras y enfermeros.

A su vez se considera relevante que la institución, a través de la supervisora del servicio, retroalimente de manera positiva a sus enfermeras(os), entregándoles la información de los resultados obtenidos. Por el contrario, si no se logra el cumplimiento de estándar, se proponen acciones de mejora como:

a) Evaluar si lo que está influyendo en este resultado, son factores que provienen de las enfermeras(os) o bien externos a ellas (os).
b) Evaluar, en coordinación con la unidad de salud del personal, el potencial estrés laboral al que están sometidas(os) las enfermeras(os).
c) De pesquisarse estrés laboral, realizar intervención psicológica, en apoyo con la unidad de salud del personal.
d) Programar actividades que fomenten la recreación y esparcimiento de las enfermeras(os).
e) Programar y realizar a la brevedad un taller de intervención en cuidado humanizado, en donde participen (en grupos) todas las(os) enfermeras(os) de la unidad.

5.4.2 Check List del Indicador N°1

“ENTREGA DE CUIDADO HUMANIZADO POR PARTE DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS”

Estimado(a) señor(a):

A continuación, le presentamos una serie de afirmaciones que describen los comportamientos de cuidado de enfermeras y enfermeros. Por favor responda con un **Sí** o un **No**, según si esta conducta ha estado o no presente durante su proceso actual de hospitalización.

ASPECTO A EVALUAR	SI SE OBSERVA	NO SE OBSERVA
1. Se identifican con su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos.		
2. Lo (la) tratan de manera cálida y amable		
3. Lo (la) llaman por su nombre.		
4. Lo (la) hacen sentir tranquilo(a).		
5. Se ha sentido acompañado(a) por la enfermera(o) durante su permanencia en el hospital.		
6. Le dan confianza cuando cuidan de usted.		
7. Le explican los cuidados que le brindan.		
8. Lo(la) miran a los ojos cuando le hablan.		
9. Al hablar con usted, utilizan un tono de voz pausado.		
10. Demuestran respeto por sus creencias y valores		
11. Le dedican tiempo para aclarar sus inquietudes.		
12. Le es fácil comunicarse con la enfermera(o).		
13. Responden sus preguntas con seguridad y claridad.		

14. Le dan explicaciones sobre su atención cuando usted lo solicita.		
15. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que usted pueda tomar decisiones relacionadas con su salud.		
16. Se muestran interesados por brindarle comodidad durante su hospitalización		
17. Atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal).		
18. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.		
19. Responden oportunamente a su llamado.		
20. Logran identificar sus necesidades psicológicas y espirituales.		
21. Lo (la) escuchan atentamente.		
22. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.		
23. Lo (la) ayudan a manejar su dolor físico.		
24. Lo (la) ayudan a manejar su dolor espiritual (emocional).		
25. Se muestran respetuosos con sus decisiones.		
26. Respetan su intimidad física.		
27. Siente que involucran a su familia y/o persona más cercana durante este proceso de hospitalización.		

Observaciones:

5.4.3 Instructivo de llenado del Indicador N°1

“ENTREGA DE CUIDADO HUMANIZADO POR PARTE DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS”

A. Indicaciones para la medición:

a) En los pacientes que se realizará esta medición deben ser personas hospitalizadas por al menos 72 horas, que se encuentren orientadas en tiempo y espacio.

b) Este check list debe ser aplicado por la persona que realiza la medición, dando lectura a cada criterio y otorgando alguna breve explicación de éstos en caso de ser necesario, según la definición de términos que se entrega a continuación, para que el paciente tenga total claridad de lo que se le está consultando.

c) Previo a la lectura de los criterios, se le debe explicar al paciente que estos están dirigidos a medir comportamientos de cuidado de la enfermera(o), por lo cual es de suma importancia que antes de aplicar la medición se deje muy claro que se está evaluando sólo a enfermeras(os) y que no es a una sola de ellas(os), sino al cuidado que le han entregado en general.

d) Al presentarse algún criterio que no aplique, por ejemplo: “Lo (la) ayudan a manejar su dolor físico”, y durante la hospitalización el paciente no lo ha presentado; en el apartado final de “observaciones”, se debe registrar que el ítem número 22 no aplica ya que el paciente no ha presentado dolor durante su hospitalización. Por lo cual es de suma importancia dejar registro de los ítems que no aplican especificando el porqué.

e) El apartado “observaciones”, también se puede dejar registro de alguna acotación o comentario del paciente, o bien de alguna situación surgida durante la medición.

f) Antes de aplicar la medición, es importante que revise la definición de términos para que tenga muy claro a que hace referencia cada uno de ellos.

B. Definición de términos de cada uno de los criterios del indicador: “Entrega de cuidado humanizado por parte de enfermeras y enfermeros”

1. **Se identifican con su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos**: Antes de realizar cualquier procedimiento o técnica de enfermería, como una punción venosa, curación, etc. La/el enfermera(o) se presenta con su nombre y cargo que ejerce en el servicio.

2. **Lo (la) tratan de manera cálida y amable:** Acto de comunicarse y relacionarse con el paciente, en donde la enfermera o enfermero se muestra cercano y afectuoso.

3. **Lo (la) llaman por su nombre:** Cuando la enfermera (o) se dirige al paciente, lo hace por su nombre de pila u/o apellido.

4. **Lo (la) hacen sentir tranquilo(a):** Las acciones de la enfermera(o) logran calmar al paciente y/o estar más sereno frente al proceso hospitalario.

5. **Se ha sentido acompañado por la enfermera(o) durante su permanencia en el hospital:** El paciente percibe que la enfermera(o) ha estado presente durante su proceso de hospitalización, de forma cercana y afectiva.

6. **Le dan confianza cuando cuidan de usted:** En relación a las acciones de cuidado que realiza la enfermera(o) con el paciente, este logra sentirse seguro y con la posibilidad de expresar sus inquietudes y sentimientos emanados del proceso hospitalario y de su vida personal.

7. **Le explican los cuidados que le brindaron:** La enfermera(o) aclara dudas de cualquier materia relacionada con los cuidados que entrega (procedimientos, restricciones, etc.), con palabras claras o ejemplos que hagan más comprensible esos cuidados y sus alcances.

8. **Lo (la) miran a los ojos cuando le hablan:** En la relación interpersonal, la enfermera(o) al comunicarse con el paciente busca y mantiene el contacto visual.

9. **Al hablar con usted, utilizan un tono de voz pausado:** La enfermera(o) al comunicarse con el paciente lo hace en un tono suave y pausado, facilitando la comprensión del mensaje por parte del paciente.

10. **Demuestran respeto por sus creencias y valores:** La enfermera(o) se observó respetuosa(o) frente a las manifestaciones culturares y valóricas del paciente, relacionadas al proceso de salud- enfermedad, permitiendo la integración de estas al cuidado.

11. **Le dedican tiempo para aclarar sus inquietudes:** La enfermera(o) deja tiempo para aclarar las dudas que el paciente tiene del proceso hospitalario, se muestra dispuesta(o) a responder las consultas que surgen de este proceso.

12. **Le es fácil comunicarse con la enfermera(o):** Para el paciente fue fácil contactar a la enfermera(o) y establecer un diálogo, con el fin de aclarar alguna duda, hacer una consulta o expresar sus sentimientos.

13. **Responden sus preguntas con seguridad y claridad:** Frente a preguntas surgidas del proceso hospitalario por parte del paciente a la enfermera(o), está(e) respondió de forma clara y segura evidenciando conocimiento y dominio del tema.

14. **Le dan explicaciones sobre su atención cuando usted lo solicita:** Cada vez que el paciente presentó alguna duda sobre su proceso hospitalario solicitando aclaración, esta fue resuelta prontamente por la enfermera(o).

15. **Le proporcionan información suficiente y oportuna para que usted pueda tomar decisiones relacionadas con su salud:** Cantidad de información necesaria otorgada al paciente de manera inmediata posterior a la hospitalización o procedimientos, que le permiten al paciente tomar decisiones sobre su salud.

16. **Se muestran interesados por brindarle comodidad durante su hospitalización:** Durante el proceso hospitalario, la enfermera(o) se muestra dispuesta(o) a realizar acciones que van dirigidas a la entrega de comodidad para el paciente (facilitar almohadas, cobijas, etc.).De acorde a los recursos disponibles en la institución.

17. **Atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal):** Cada vez que surgieron necesidades básicas en el paciente como (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal), fueron resueltas de manera oportuna por la

enfermera(o), aplicando los criterios de Kalisch (140) con tiempo de respuesta no superior a 5 min. posterior a la manifestación de la necesidad.

18. **Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y su tratamiento:** La enfermera(o) da las facilidades y oportunidades para que el paciente pueda expresar los sentimientos que le surgen en relación a la enfermedad y el proceso hospitalario.

19. **Responden oportunamente a su llamado:** Cada vez que el paciente solicitó a la/el enfermera(o) ésta(e) acudió prontamente al llamado, llegando a la unidad del paciente en un tiempo no superior a 5 min, según los criterios de priorización humanizada de Kalisch (140). O Que le explique al paciente la razón de porque no pudo acudir antes.

20. **Logran identificar sus necesidades psicológicas y espirituales:** En relación a la valoración de enfermería, la/el enfermera(o) logra identificar las necesidades espirituales, afectivas y/o emocionales que presenta el paciente, incluyéndolas en su plan de cuidado.

21. **Lo (la) escuchan atentamente:** En la relación enfermera paciente, durante el proceso de comunicación, la/el enfermera(o) presta atención a lo expresado por el paciente sin distraerse, con la utilización de un lenguaje para verbal que expresa interés.

22. **Le preguntaron y se preocuparon por su estado de ánimo:** Durante la valoración de enfermería, esta (e) incorpora preguntas que van enfocadas a evaluar el estado anímico del paciente, a su vez estos aspectos son involucrados en su cuidado.

23. **Lo (la) ayudan a manejar su dolor físico:** Si durante la estadía el paciente presento dolor físico, este fue atendido de manera oportuna por la enfermera(o), en un lapso de tiempo no superior a 15 min, según los criterios de Kalisch (140).

24. **Lo (la) ayudan a manejar su dolor espiritual (emocional):** Si durante la estadía el paciente presento dolor espiritual, emocional (caracterizado por desanimo, tendencia al llanto o introspección) este fue identificado y atendido de manera oportuna por la enfermera(o).

25. **Se muestran respetuosos con sus decisiones:** En relación a las decisiones tomadas por el paciente, vinculadas a su salud y proceso de hospitalización y aunque la enfermera(o) pudiera no estar de acuerdo con ellas, son respetadas por ésta(e), sin emitir comentarios despectivos o negativos a su ideología y/o expresar un lenguaje para verbal que comunique desagrado o malestar frente a esa decisión. (Este criterio no implica aceptar decisiones del paciente que lo pongan en riesgo vital o lo afecte en su estado de salud).

26. **Respetan su intimidad física:** La/él enfermera(o) resguarda la privacidad e intimidad del paciente al realizar valoraciones, procedimientos u otras acciones o situaciones en las que el paciente requiera privacidad.

27. **Siente que involucran su familia y/o persona más cercana durante su hospitalización:** Durante el proceso hospitalario la enfermera integra a la familia o persona más significativa, haciéndola un partícipe activo en el cuidado, tanto como colaborador o como personas susceptibles de recibir cuidado.

5.4.4 Ficha del Indicador N°2

1. **Nombre del indicador:**

   “Fortalecimiento del cuidado humanizado por parte de la institución”.

2. **Área o dimensión:**

   Calidad de la atención

3. **Justificación:**

   Actualmente existe una preocupación de las autoridades por la relación que se establece entre el prestador de salud y el usuario, es así que en los últimos años han surgido varias normativas ministeriales que apuntan al resguardo de la dignidad humana del paciente y su familia, aspectos que se encuentran contenidos en Ley de Autoridad Sanitaria, Ley 20.584 (7,8), que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y en la estrategia de buen trato, todos estos, lineamientos fuertemente ligados a la humanización de los cuidados. Frente a este marco legal, es responsabilidad de las instituciones integrar estas políticas en su gestión y por lo tanto, presentan la obligación de proveer los medios necesarios para que en ellas cumplan y se entregue un cuidado humanizado, por lo cual surge la necesidad de evaluar estas estrategias por parte de la institución.

4. **Definición del indicador:**

   Frente a la normativa vigente, la institución debe buscar estrategias necesarias que permitan a la enfermera(o) contar con el apoyo y herramientas necesarias para otorgar un cuidado humanizado a los pacientes durante su proceso de hospitalización. Por lo cual la institución debe analizar si cuenta con los medios necesarios que permitan el fortalecimiento de un cuidado humanizado al interior de la organización. Para

tal efecto se han establecido 11 criterios para evaluar el apoyo que brinda la institución enfocado hacia el fomento de la entrega de este cuidado. Estos criterios establecidos constituyen las condiciones básicas para el logro de este objetivo.

5. **Definición operacional:**

   Conjunto de políticas, programas y/o procesos que debe poseer la institución, para asegurar la entrega de un cuidado humanizado por parte las enfermeras(os).

6. **Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de criterios institucionales de cuidado humanizado cumplidos}}{\text{Total de criterios institucionales para el cuidado humanizado}} \times 100$$

7. **Explicación de términos:**

   Cuidado humanizado: Término que corresponde a la acción de humanizar lo cual implica, hacer algo más humano, cercano y menos cruel o doloroso para las personas. El cuidado humanizado de enfermería se pude entender como aquel que involucra acciones de orden expresivo, es decir, aquellas enfocadas a actitudes y comportamientos de cuidado como son el respeto, gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad, entre otras; en donde para que el cuidado se concrete, los pacientes deben sentir confianza y seguridad en el cuidador o cuidadora, además de ser considerados como seres humanos y no como objetos (37).

8. **Población:**

   Se considerará como unidad de análisis, los servicios clínicos medicoquirúrgicos de atención cerrada.

9. **Tipo:**

   Indicador de estructura de la organización en relación a la humanización de los cuidados.

10. **Fuentes de datos:**

    Entrevista directa a supervisoras de las unidades medicoquirúrgicas de los centros asistenciales.

11. **Instrumento para la medición:**

    “Fortalecimiento del cuidado humanizado por parte de la institución”. Formato de recolección de datos diseñado con respuesta dicotómicas (Si cumple / No Cumple).

12. **Estándar:**

    Deseable que se cumpla con el 100% de los criterios establecidos en el indicador, sin embargo se espera que en las primeras mediciones el umbral de cumplimiento sea al menos de un 80%. Esta medición basal, permitirá desarrollar planes de mejora al interior de la organización que favorezcan el cumplimiento deseable del indicador.

13. **Comentarios:**

    La responsabilidad del cumplimiento del indicador en la institución, será de las entidades administrativas responsables del diseño y operación de políticas, programas, reglamentos, etc. que inciden en un cuidado humanizado. Estas instancias administrativas en coordinación con la enfermera encargada de la gestión del cuidado velaran por el cumplimiento del indicador.

La medición será aplicada semestralmente, por la enfermera encargada de la gestión del cuidado, a las enfermeras supervisoras de las unidades médico quirúrgicas, durante las reuniones programadas con estas coordinadoras.

14. Actividades posteriores a la medición:

Si se logra dar cumplimiento al estándar, la institución debe velar por conservar el índice de cumplimiento cercano al 100%. Para tal efecto debe mantener y fomentar las actividades contempladas en el indicador y otras, que favorezcan el apoyo a la humanización de los cuidados.

Por el contrario, si no se logra el cumplimiento del estándar, se deberán analizar las áreas de oportunidad de acuerdo a los criterios considerados en el indicador. Por lo cual, a continuación se proponen algunas acciones de mejora:

a) Evaluar sus políticas institucionales y ver si estas se alinean con la entrega de un cuidado humanizado.
b) Incorporar dentro del plan de capacitación anual; cursos, talleres y/o seminarios de cuidado humanizado.
c) Evaluar de forma periódica la relación enfermera – pacientes. (Estudios de carga laboral).
d) Evaluar, en coordinación con la unidad de salud del personal, el potencial estrés laboral a que están sometidas(os) las enfermeras(os).
e) De pesquisarse estrés laboral, realizar intervención psicológica, en apoyo con la unidad de salud del personal.
f) Desarrollar talleres de favorezcan el liderazgo y el trabajo en equipo.
g) Evaluar si se cuenta con los espacios físicos adecuados para la recepción de familiares y para el resguardo de la intimidad del paciente, de ser así, ver si cuentan con las comodidades necesarias para la entrega de un cuidado humanizado que vela por el amparo de la dignidad de las personas.

h) De no contar con espacios adecuados, realizar un plan de mejora, que involucre un proyecto para solicitar fondos, respaldado en la medición realizada, en el cual se planteé una renovación y adecuación de esos espacios físicos y recursos.

i) La institución busca flexibilizar ciertas normativas relacionadas principalmente con el acceso de familiares y personas cercanas al paciente, a la unidad en donde se encuentra hospitalizado.

5.4.5 Check List del Indicador N°2

“FORTALECIMIENTO DEL CUIDADO HUMANIZADO POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN”

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que describen lineamientos y acciones que debe tener una institución para fomentar y fortalecer la entrega de cuidados humanizados dentro de la organización. Por favor responda con un **Sí** o un **No**, según si el criterio enunciado está presente en su institución.

ASPECTO A EVALUAR	SI SE OBSERVA	NO SE OBSERVA
1. Las políticas de la institución donde usted se desempeña, incorporan aspectos de un cuidado humanizado.		
2. Se contempla dentro del programa de capacitación de las(os) enfermeras(os), temas vinculados con el cuidado humanizado (valores, trato digno, taller de cuidado humanizado u otros afines).		
3. La Unidad de Gestión del cuidado supervisa periódicamente que se cumpla con un indicador enfermera(o)-paciente que permita entregar un cuidado humanizado.		
4. La institución evalúa el estrés laboral de enfermeras(os).		
5. La institución cuenta con un sistema de notificación de resultados del estrés laboral en enfermeras(os).		
6. La institución dispone de actividades orientadas a la protección de la salud mental de las enfermeras(os).		
7. La institución realiza acciones orientadas al fortalecimiento del liderazgo en enfermería y al trabajo interdisciplinar en equipo.		
8. La institución cuenta con espacios físicos para recibir cómodamente a los familiares de pacientes durante las 24 hrs.		
9. La institución cuenta con espacios físicos, salas adaptadas para la expresión de sentimientos, que favorecen la intimidad de familiares frente a situaciones críticas.		
10. La institución cuenta con espacios y /o recursos físicos que permiten respetar la intimidad del paciente.		
11. Las políticas de la institución son flexibles.		

Observaciones:

_____

_____

5.4.6 Instructuvo de llenado del Indicador N°2

“FORTALECIMIENTO DEL CUIDADO HUMANIZADO POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN”

A. Indicaciones para la medición

a) El check list de este indicador será completado por la/él enfermera(o) supervisor(a) o quien ella o él delegue, de cada unidad.

b) La evaluación de este indicador se realizará una vez por semestre.

c) Si la enfermera supervisora presenta alguna duda durante la completación de la lista de cotejo del indicador (check lis con los criterios a evaluar), puede revisar a que hace alusión el criterio en particular, consultando en el apartado definición de términos.

d) Al presentarse algún criterio que no aplique; en el apartado final de “observaciones”, se debe registrar que el ítem número XX no aplica especificando el motivo.

e) En el apartado de “observaciones”, también se puede dejar registro de alguna acotación o comentario, o bien de alguna situación surgida durante la medición.

B. Definición de términos

1. **Las políticas de la institución contemplan un cuidado humanizado:** Existencia de estrategias institucionales, orientadas a direccionar las acciones hacia el fomento de un cuidado humanizado, las cuales dan

cumplimiento a la normativa vigente emanada del ministerio de Salud, Chile (orientaciones técnicas para la estrategia de buen trato, ley de derecho y deberes de los pacientes, salud laboral).

2. **Se contempla dentro del plan de capacitación de las(os) enfermeras(os), temas vinculados con el cuidado humanizado (valores, trato digno, taller de cuidado humanizado u otros afines):** La institución alineada con las políticas ministeriales y en base a su misión, visión y valores, evalúa las necesidades de capacitación del personal, contemplando en su programación, cursos, talleres de cuidado humanizado o temas a fines, dirigidos a enfermeras(os), considerando esta instancia como una estrategia que apoya el desarrollo institucional y la calidad de la atención a través del aporte de herramientas y competencias necesarias para la entrega de un cuidado humanizado.

3. **La institución revisa periódicamente que se cumpla con un indicador enfermera paciente que permita entregar un cuidado humanizado:** La evidencia científica demuestra que con una dotación adecuada de enfermeras por pacientes se produce un impacto directo en la seguridad, en los resultados de salud y en la calidad de los cuidados. Frente a este escenario la institución, tiene la obligación de monitorizar si la cantidad de enfermeras es suficiente en relación al número de pacientes y la complejidad de estos, evidenciando instrumentos aplicados por la institución que miden este aspecto por lo menos una vez cada 6 meses.

4. **La institución evalúa el estrés laboral de enfermeras(os):** La institución preocupada por el bienestar de sus trabajadores y el impacto de este en la calidad y seguridad del cuidado, monitoriza de manera periódica la presencia de estrés asociado al trabajo, por lo cual cada 6 meses realiza evaluación de

todas o bien de una muestra aleatorio de las enfermeras(os) en relación a la presencia de estrés laboral.

5. **La institución cuenta con un sistema de notificación de resultados de evaluaciones de estrés laboral en enfermeras(os):** El conocer los resultados de evaluaciones es fundamental como retroalimentación, para generar oportunidades de mejora que pueden surgir tanto de los propios trabajadores como de la organización, frente a esta situación es importante que la institución cuente con un sistema preestablecido de entrega de información, en donde este regularizada la entrega formal de evaluaciones relacionadas con estrés laboral en las enfermeras(os).

6. **La institución desarrolla actividades orientadas a la protección de la salud mental de las enfermeras(os):** Existe una fuerte relación entre la salud mental de los trabajadores y la calidad de los cuidados que entregan, frente a esta realidad la institución debe velar por la mantención de un ambiente de trabajo saludable que contribuya a una adecuada salud mental de las enfermeras y enfermeros, generando instancias que van orientadas a la protección de esta como: talleres de salud mental, actividades de esparcimiento y camaradería, programa de actividad física y recreación para funcionarios, entre otros.

7. **La institución realiza acciones orientadas al fortalecimiento del liderazgo en enfermería y al trabajo interdisciplinar en equipo:** La naturaleza del trabajo realizado por enfermeras y enfermeros y las funciones que asumen derivadas de este, hacen que este grupo de profesionales estén fuertemente vinculados al análisis crítico, identificación de problemas, toma de decisión, planificación e implementación de cuidados, organización y división del trabajo de los miembros del equipo de enfermería, acciones que son necesarias para la entrega de un cuidado humanizado caracterizado por

la calidad de este. En relación a esta realidad, la institución debe velar por fomentar las competencias de liderazgo y trabajo en equipo a través de la oferta de cursos de Coaching y /o asesorías en psicología laboral, para abordar estas temáticas.

8. **La institución cuenta con espacios físicos para recibir cómodamente a los familiares de pacientes durante las 24 hrs:** El ser humano es un ente social parte de un núcleo constituido por la familia y personas cercanas, por lo cual al estar hospitalizado, este proceso no sólo afecta al paciente sino también a quienes lo rodean, por lo cual al entregar cuidado con un enfoque humanizado, es de vital importancia que la institución cuente con espacios tales como; salas de espera habilitadas las 24 hrs. con un adecuado control de la temperatura según estación del año, con adecuado sistemas de ventilación, dispositivos de basura, baños permanente aseados, dispensadores de café o bebidas y alimentos cercanos a la sala de espera.

9. **La institución cuenta con espacios y /o recursos físicos que permiten respetar la intimidad del paciente:** Los lineamientos Ministeriales a través de la legislación estipulada, han declarado velar por el respeto de la dignidad humana, en relación a este hecho en donde se enmarcan los cuidados humanizados, surge la necesidad de que la institución ofrezca espacios adecuados (salas de procedimientos u otras a fines) o elementos (biombos u otros) que permitan resguardar la intimidad del paciente frente a diversos procedimientos a los que deba someterse o bien para la satisfacción de necesidades básicas.

10. **Cuenta con espacios físicos, salas adaptadas para la expresión de sentimientos, que favorecen la intimidad de familiares frente a situaciones críticas:** En el marco de la normativa vigente, que vela por el resguardo de la dignidad humana y considerando que la familia es parte del

círculo más íntimo del paciente, por lo cual los miembros de ella pueden verse muy afectados frente a situaciones críticas como la detección de una enfermedad catastrófica o la muerte de un ser querido. La institución, a la luz de una entrega de cuidados humanizados, debe contar con espacios físicos que permitan la entrega de estas noticias en lugares privados donde los familiares puedan expresar sus emociones o sentimientos, los cuales pueden ser salas especialmente destinadas para estos efectos o bien espacios adaptados para este objetivo como oficinas u otros, que se caractericen por entregar privacidad y comodidad a los familiares enfrentados a situaciones críticas.

11. **Las políticas de la institución son flexibles:** Las instituciones poseen reglamentaciones internas que varían según las características de cada unidad hospitalaria. Si bien estas buscan el resguardo de diversos aspectos, es importante considerar que a la luz de un cuidado humanizado, el cual se caracteriza por ser ético que resguarda la dignidad humana del paciente y su familia, se considera relevante que frente a situaciones especiales, como por ejemplo; en la agonía de un paciente o pacientes que provienen de sectores rurales o frente a la hospitalización de menores u hospitalizaciones de personas de diferentes etnias o de otras culturas, estas normativas vigentes puedan flexibilizarse favoreciendo la mantención de los lazos, el apoyo y las estructuras familiares.

CAPÍTULO 6
DISCUSIÓN

6.1 Fase cuantitativa de la Investigación

Los resultados cuantitativos de la investigación permitieron, en primer lugar, caracterizar la muestra de pacientes hospitalizados en unidades médico-quirúrgicas de tres hospitales públicos chilenos. De la muestra, cerca de la mitad correspondieron a mujeres y la otra a hombres, conformando un grupo proporcionalmente equilibrado respecto al sexo, lo cual fue relevante en el estudio para evitar sesgo de percepciones influenciadas por el sexo predominante de los participantes. Resultados similares se encontraron en otras investigaciones donde los grupos distribuidos por sexo presentaban una división bastante homogénea (16,99).

Respecto a la edad, el promedio se ubicó en 55 años, coincidiendo con lo pesquisado por otra investigación que indagó en la percepción del cuidado humanizado entregado por enfermería (99). El predominio de esta edad en el presente estudio, puede atribuirse a que éste se llevó a cabo con pacientes que presentaban patologías médico-quirúrgicas, dentro de estas últimas muchas cirugías eran electivas, por lo cual involucraron principalmente a personas más jóvenes.

En relación al nivel educacional, cabe destacar que el 79% de la muestra señaló estudios que no superaban la educación técnica ni universitaria, esto evidencia un nivel bajo educacional, aspecto importante a considerar por las dificultades y la vulnerabilidad que presenta este grupo de personas en relación a su proceso de

enfermedad y el cuidado requerido. Pesquisas similares en otros estudios señalan que la mayoría de los participantes en investigaciones de percepción de cuidados humanizados brindados por enfermería, no terminaron la primaria o no habían concluido la secundaria (100-101).

Respecto al nivel de ingresos, más de la mitad de este grupo de personas recibía una remuneración mensual inferior a 300 mil pesos chilenos (496 dólares aproximadamente) lo cual evidenció que pertenecían predominantemente a la clase social media baja y baja según lo estipulado por el instituto nacional de estadística (141), este hallazgo coincide con lo reportado por otras investigaciones en donde la mayoría pertenecían al estrato 1, es decir clase baja (100-103). Otro estudio de resultados cercanos al de esta investigación, muestra la predominancia de la clase social perteneciente al estrato bajo–bajo y al estrato bajo (101). Difiriendo con estos resultados, se encuentra la investigación de Rivera (16), en la cual la mayoría de las personas hospitalizadas pertenecían al estrato 4, lo que corresponde a la clase social media (16); sin embargo, se debe considerar que este hecho podría estar asociado a que ese estudio fue realizado en una clínica privada, sin embargo, la presente investigación se desarrolló en hospitales públicos chilenos, donde los usuarios predominantes de este sistema pertenecen a la clase baja y media baja.

Es así como la información emanada de esta investigación en base al nivel educacional y de ingresos de los participantes, se considera de gran relevancia para el conocimiento de enfermería, ya que esta condición está asociada a la vulnerabilidad que presentan los usuarios de los sistemas públicos de salud, hallazgo que es consistente a lo reportado por CEPAL (142), en donde se establece que los determinantes sociales como el no tener acceso a educación, el trabajo precario relacionado con los bajos ingresos, se vinculan a la vulnerabilidad social (141). A su vez, esta condición puede generar que las necesidades de este grupo de personas sean mayores a las presentadas por las de estratos sociales más altos, por lo cual, la enfermera(o) debe tener conocimiento de la realidad social de estas

personas y una sensibilidad especial para poder identificar de manera oportuna y eficaz las necesidades reales de esta población.

En relación a la condición de pareja, predominaron las personas que estaban en pareja. Este hallazgo concuerda con estudios donde se destaca la unión libre en primer lugar y los casados (100-103). En base a los resultados encontrados, la gran mayoría de los pacientes se encontraban en condición de pareja, información de importancia, ya que puede ser muy útil para la enfermera(o), al contemplar a la pareja como una red de apoyo y alguien que puede aportar en el cuidado del paciente, pero a la vez, también puede ser considerada(o) como otra persona que pudiera requerir de cuidados, al ser alguien muy cercano al paciente y vivir todo el estrés que implica la enfermedad de un ser querido, como lo manifiestan autores quienes a través de sus trabajos plasman el impacto de la enfermedad como un gran estresor en las personas más cercanas al paciente (143,144).

Siguiendo con los datos de la caracterización de esta muestra, en relación a los días de hospitalización, se encontró que el promedio correspondió a 8 días, dato similar a investigaciones que abordaron esta misma temática, donde el promedio de días hospitalizados fue de 8 (101). Otro estudio menciona que la mayoría de los participantes tuvo un tiempo de hospitalización de 1 a 7 días, seguido por estadías de 8 a 14 días (145). Esta información, revela que la mayoría de los pacientes pasa aproximadamente más de una semana en un centro asistencial, lo cual se puede visualizar como un factor de riesgo para su estado de ánimo, al encontrarse separado de su entorno, su cotidianidad y de sus seres queridos. De esta forma, toda lo emanado en la caracterización sociodemográfica de esta población en particular, debe ser de interés para la enfermera(o) principalmente en su etapa de valoración, ya que debe contar con las herramientas que le permitan comprender la realidad social de la que proviene el paciente y las implicancias que estas características tienen en el plan de cuidados que debe ofrecer a éste y a su familia.

En relación a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería, se pesquisó que la percepción general correspondió a una buena entrega de cuidados humanizados por parte de enfermería, considerando que existían 4 tipificaciones para este criterio (muy buena o excelente, buena, regular y mala). Resultados similares se encuentran en investigación en donde la percepción general de los comportamientos de cuidado humanizado por enfermería fueron percibidos como excelente (100,101, 104). Aquí es importante destacar que uno de los estudios se realizó en una unidad pediátrica (104), en donde existe mayor sensibilidad sobre aspectos que tienen relación directa con la humanización de los cuidados.

En el desglose de la información por centro asistencial, se obtuvo que en el hospital número 1, la percepción de cuidados humanizados entregados por enfermería fue buena, en el hospital 2 fue muy buena o excelente y en el hospital 3 fue regular, este último resultado coincide con un estudio que midió la percepción de pacientes y cuidadores, utilizando el instrumento PCHE versión 2, pero en relación al cuidado entregado por estudiantes (102).

Estos resultados, pueden estar relacionados con las características de los centros asistenciales, ya que el hospital que obtuvo mejor calificación corresponde a uno recientemente normalizado, es decir, que ha sido renovado, con dependencias nuevas y que por sala sólo se contemplan tres pacientes, lo cual permite a su vez, una entrega de cuidado más personalizado por parte de enfermeras(os), esto también repercute en que la carga de trabajo para la(el) enfermera(o) es menor, a su vez, el hospital que presentó menor calificación corresponde a un hospital tipo 3 en el cual sus dependencias son más antiguas y presentan mayor número de pacientes por sala, lo que aumenta el trabajo de enfermería, situación a considerar, ya que investigaciones han relacionado la carga laboral con el estrés asociado al trabajo y el cómo estos factores inciden negativamente en la calidad del cuidado (76,77).

A su vez, el establecimiento que obtuvo una calificación buena, en la entrega de cuidados humanizados por parte de enfermería, corresponde a un hospital tipo 1 de alta complejidad, en donde las(os) enfermeras(os), en general, presentan mayor experiencia en el cuidado de los pacientes. Por lo cual, es importante considerar estos aspectos al observar los resultados obtenidos en esta parte del estudio, ya que se encuentran íntimamente relacionados a los planteamientos de Watson, quien le entrega gran importancia al ambiente de cuidado, haciendo énfasis en sus postulados en la creación de un entorno protector que contemple distintos ámbitos, que abarcan desde la estética, el confort, hasta el mantenimiento de la paz y la dignidad del paciente (139). En concordancia con las premisas anteriores, un estudio revela que un factor de deshumanización es la falta de un ambiente de cuidado (81).

De esta forma, los postulados de Watson, permiten inferir, que la mejor evaluación aquí obtenida pudiera estar ligada a un ambiente físico que favorece el cuidado de enfermería; a su vez Watson dentro de sus factores de cuidado, también hace alusión al fomento del crecimiento personal y profesional, enlazándolo dentro de otros aspectos como el conocimiento y la expertiz que debe poseer la enfermera(o), dando paso a otro factor de cuidado que se puede relacionar con lo pesquisado en este estudio.

De manera contraria, en el centro asistencial de menor complejidad, ubicado en una comuna (municipio) distante de la gran ciudad y con dependencias aún antiguas, características que pueden haber influenciado la baja percepción de sus usuarios sobre la entrega de cuidados humanizados por parte de las enfermeras(os), ya que se considera de gran importancia el bienestar percibido por el paciente durante el proceso de hospitalización, el cual está dado por las características del ambiente físico y por la satisfacción de sus necesidades, lo cual influye profundamente en la percepción de la entrega de cuidados por parte de enfermeras(os) (146). De esta forma, las características del ambiente físico de este hospital en particular, al contar

con espacios antiguos y dependencias poco gratas para el paciente, pudieron afectar de manera negativa la percepción de estos usuarios sobre la entrega de cuidados humanizados.

En relación a los hallazgos por dimensión del cuidado humanizado, se pesquisó que la calidad del cuidado y disposición en la atención fueron las dimensiones mejor evaluadas por los pacientes; sin embargo, la comunicación obtuvo una menor aprobación. Esta pesquisa puede estar influenciada por la tendencia actual que existe a nivel nacional e internacional sobre la preponderancia de los procesos de acreditación, dándole gran relevancia a la calidad técnica por sobre aspectos más humanos del que hacer en salud, lo cual implica una alta demanda para la enfermera(o) lo cual conlleva a una sobrecarga y estrés, impactando de manera directa en el cuidado otorgado (147).

Por lo cual se considera, un área de oportunidad el ir fortaleciendo aspectos más humanos, como la comunicación en el trabajo de enfermería, ya que esta dimensión al haber sido la de menor aprobación, revela una debilidad que debe ser abordada, ya que como lo plantea Watson (38), la comunicación es el pilar fundamental para fortalecer la relación enfermera-paciente. Aspecto destacado por los usuarios, quienes le otorgan gran importancia a la relación de confianza que se establece entre ellos y las(os) enfermeras(os) encargadas(os) de su cuidado (69). Así, esta dimensión del cuidado emerge como relevante, por lo cual es fundamental fortalecerla en el ambiente de trabajo, para que de esta forma se favorezca la entrega de cuidados humanizados por parte de la enfermera(o).

En relación a la posible incidencia de las variables sociodemográficas en la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, no se encontraron asociaciones significativas, por lo cual las variables; días de hospitalización, sexo, edad, nivel de ingresos económicos y nivel educacional, no estarían influyendo en la percepción de comportamientos de cuidado humanizado

por parte de los pacientes involucrados en este estudio, hallazgos similares se encontraron en otras investigaciones (101, 148-149).

Con la información emanada se puede inferir que independientemente del sexo, nivel de instrucción, ingresos económicos y días de hospitalización, predomina en el ser humano la necesidad de ser tratado dignamente y recibir cuidados humanizados por parte de enfermería, lo cual realza la necesidad de entregar un cuidado humano, ético y digno, a todos los pacientes sin distinción, esto plantea un desafío a enfermería frente a las desigualdades sociales que existen hoy en día en salud (150).

Sin embargo, es importante destacar que en la presente investigación, para la variable nivel de ingresos económicos, no hubo mucha variabilidad, perteneciendo la mayoría de los encuestados a un nivel socioeconómico medio-bajo, lo cual, limitó el encontrar diferencias o relaciones significativas.

Al proceder a desglosar la percepción de cuidado humanizado en sus dimensiones, se logró pesquisar que se presentaba una orientación entre edad y percepción de la calidad del cuidado entregado por enfermería y aun cuando esta resultó tener significación, la relación directa no fue potente ($r=0,175$ $p=0,033$). Este hallazgo coincide con los resultados de otro estudio en donde no se logró establecer relación entre variables sociodemográficas y la percepción de calidad del cuidado, este hecho estaría dado, ya que para el usuario, independientemente de su edad, presenta necesidades y expectativas que influyen en la percepción de la calidad del cuidado que recibe (151).

En base a los resultados de esta fase de la investigación se aprecia la importancia que los usuarios le otorgan a la entrega de cuidados humanizados por parte de enfermeras(os) y que si bien ésta se encuentra bien evaluada, aún existen aspectos que se visualizan como áreas de oportunidad para la enfermería profesional, como

lo son buscar estrategias que mejoren los procesos de comunicación con los pacientes y fortalecer los ambientes de cuidado tal como lo menciona Watson, desde una perspectiva tanto física como espiritual (22,38,139).

6.2 Fase cualitativa de la Investigación

De esta fase de la investigación, los resultados direccionaron hacia cuatro dimensiones, de las cuales emergieron diversas categorías y subcategorías. Estas dimensiones correspondieron a: cuidado de enfermería, humanización del cuidado, deshumanización del cuidado y experiencia de enfermedad.

Del análisis de los discursos, emana una fuerte relación entre estas dimensiones, de manera especial entre el Cuidado de Enfermería y el Cuidado Humanizado, ya que según lo expresado por las(os) participantes, ambas se encuentren fuertemente enlazadas, así lo evidencian los siguientes discursos: 2(4-5) "…Para mí el cuidado humanizado es un cuidado que no necesita tener apellido". 6(4-5) "…Para mí el cuidado con el apellido humanizado es una repetición. Para mí está demás porque para mí el cuidado como definición deber ser humanizado…", este hallazgo se ajusta a los postulados de Watson quien no concibe el Cuidado de Enfermería sin una base humana, la cual se fundamenta en una interrelación profunda con el otro (22, 38,139).

Al ahondar en estas dimensiones, se encontró que para "Cuidado de enfermería" emergieron las siguientes cuatro categorías: Cuidado ético, Cuidado integral, Cuidado como esencia de enfermería y Cuidado trascendental. Todas estas, tributan a caracterizar lo que implica el Cuidado de Enfermería, el cual es visto por los participantes, como el cuidado de excelencia entregado por un profesional de enfermería que posee sólidos valores fundados en la ética, coincidiendo con lo planteado por Rodríguez–Jiménez (152). A su vez, estas características permiten entregar cuidados basados en conocimientos científicos, habilidades técnicas y

competencias psicoemocionales, que favorecen la interrelación con el paciente y fomentan la entrega de un cuidado integral, holístico y profundamente humano, coincidiendo con los hallazgos de Beltrán quien resalta la importancia de la interrelación humana en el acto de cuidar (13).

Continuando con las categorías emanadas de las dimensiones, para cuidado humanizado se pesquisaron las siguientes tres: Características de cuidado humanizado, Requisitos de cuidado humanizado y el Impacto del cuidado humanizado.

La primera de estas categorías, alude a los atributos que caracterizan un “Cuidado Humanizado”, lo cual dio origen a nueve subcategorías: cuidado individualizado, visión holística, cuidado responsable, cuidado ético, cuidado significativo, cuidado trasversal, cuidado perfecto, cuidado innovador y vocacional. Todas estas características fueron atribuidas por los participantes al Cuidado Humanizado, el cual es concebido como el que nace de la vocación de servicio y se estructura con estas características que permiten visualizarlo como el cuidado perfecto, enlazándolo profundamente a la esencia de enfermería, lo cual coincide con los hallazgos del trabajo de Espinosa, quien encontró características similares, destacando la integralidad del sujeto, dignidad y condición humana más principios éticos, concluyendo además que la humanización está implícita en el cuidado de enfermería, lo cual reafirma lo encontrado en este estudio (153).

La segunda categoría para cuidado humanizado fue “Requisitos de cuidado humanizado”, la cual emanó de los diversos discursos de los participantes quienes hicieron múltiples referencias a la relevancia de ciertos requisitos o condiciones que son necesarias para la entrega de un cuidado humanizado, emergiendo de ésta las siguientes subcategorías: Establecer una relación interpersonal con el usuario y su familia o personas cercanas a él, integrar las redes de apoyo del usuario al cuidado, poseer competencias psicoemocionales para la entrega del cuidado, especial

énfasis en la valoración integral de enfermería como herramienta fundamental para pesquisar las necesidades del paciente y su familia o personas cercanas, tener un abordaje integral en la entrega de cuidados, poseer competencia actitudinal, competencia cognitiva, competencia cultural, equilibrio entre competencias técnico-cognitivas y psicoemocionales, contar con espacios físicos adecuados y formar en cuidado humanizado tanto a nivel de pregrado como en la entrega de herramientas al profesional que le permitan ir desarrollando estos requisitos.

De los componentes del discurso, también emergieron propiedades para estas subcategorías las cuales son especificaciones que favorecieron la comprensión de éstas y direccionó los lineamientos a seguir para la construcción de indicadores de cuidado humanizado.

En relación a estas categorías, estudios internacionales han hecho énfasis en la importancia de ciertas condiciones esenciales que deben estar presentes para la entrega de un cuidado humanizado, como la importancia de la interrelación humana en el quehacer de enfermería, destacándose la confianza como pilar de ésta y el establecimiento de un vínculo con el paciente, hecho muy valorado por ellos (62,69); esta información coincide con lo encontrado en este estudio, reforzando así, la importancia de esta relación enfermera(o)-paciente.

Otro aspecto importante que surge de estas subcategorías corresponde a la integración de las redes de apoyo del usuario al cuidado, la cual es vista como una condicionante esencial en la entrega de cuidados humanizados por parte de la enfermera(o), esta subcategoría hace alusión a la integración de la familia y personas cercanas al paciente en el proceso de cuidado, coincidiendo con los resultados de otras investigaciones que también han resaltado la importancia de la consideración e integración de familiares y amigos del paciente en el proceso salud-enfermedad, en donde se destaca que el cuidado de enfermería debe estar orientado al binomio paciente- familia, destacando la adecuada entrega de

información que se les proporciona a los familiares y la integración de éstos dentro de los planes de cuidado (65, 154).

Otras subcategorías que se pudieron extraer de los discursos, están vinculadas a un ámbito muy valorado en el mundo laboral (155) y que corresponden a diversas competencias actitudinales que los participantes manifestaron como esenciales para la entrega de un cuidado humanizado. Estas competencias, definidas como habilidades, aptitudes, capacidades, en el ámbito sociolaboral y profesional (156) fueron descritas como un requisito preponderante en el quehacer de enfermería.

Las competencias actitudinales que emergieron de los discursos corresponden a las siguientes: amabilidad, calidez, cordialidad, comprensión, respeto, sentido del humor, preocupación, trabajo en equipo, disposición, comunicación efectiva, escucha activa, capacidad educativa, capacidad de entregar apoyo y facilitar procesos; las cuales fueron consideradas como preponderantes en la entrega de un cuidado humanizado por parte de la enfermera(o). Esta pesquisa es considerada de gran relevancia, ya que las competencias son altamente valoradas en el mundo laboral, entendiéndose estas como aptitudes, conocimientos y destrezas necesarias para cumplir exitosamente las actividades que componen una función laboral, según estándares definidos por un sector productivo determinado (157).

En base a estos hallazgos, se podrían establecer estas competencias, como el estándar para la entrega de un cuidado humanizado de parte de la enfermera(o). A su vez, otro aspecto importante a considerar es que la competencia genera un vínculo entre el trabajo, la educación formal y la capacitación, lo cual reafirma la importancia de la formación de las(os) enfermeras(os) en la entrega de cuidado humanizado en los niveles de pregrado, que se debe ir reforzando a través de capacitaciones cuando estas(os) se insertan en el mundo laboral, aspecto que también emergió como una subcategoría en este estudio.

A su vez, la competencia al ser una característica dinámica del comportamiento, que permite la interacción con el medio donde el trabajador se desenvuelve, debe ajustarse a las necesidades de las personas y la organización (155) por lo cual, al ser el cuidado humanizado una necesidad sentida por los usuarios y las mismas organizaciones, información también revelada en esta investigación, se hace fundamental que dichas competencias se adapten a esta particular necesidad de cuidado.

De esta forma las competencias se han trasformado en una herramienta muy valorada por la organización y fundamental para la toma de decisiones como lo es en la contratación del personal, capacitaciones y en la evaluación del trabajo realizado (155). Así, estas competencias emanadas de esta fase de la investigación, se visualizan como el soporte para la generación de un estándar en la entrega de cuidado humanizado y a su vez han aportado la base para la generación de indicadores que permitan evaluar la humanización de los cuidados otorgados por enfermería.

Las competencias aquí identificadas se distribuyeron en cuatro grandes áreas muy bien delimitadas, estas fueron: Competencias Psicoemocionales, relacionadas con el autoconocimiento y la capacidad de identificar las necesidades emocionales del paciente y su familia y de entregar apoyo; Competencia Cognitiva, orientada al saber, a la adquisición de conocimientos relacionados con la profesión; Competencia Actitudinal que se vincula a la actitud que debe poseer la/él enfermera(o) cuando se relaciona con el paciente y su familia, en donde los participantes hicieron énfasis en aspectos como el respeto, comunicación y la calidez, entre otros; Competencia Cultural, que va direccionada al conocimiento e integración de aspectos propios de la cultura de los pacientes y sus familias. Estos hallazgos se encuentran en coherencia a lo reportado por otros autores que destacan elementos fuertemente relacionados a lo aquí pesquisado, donde se identifica la importancia de las habilidades comunicativas de la enfermera, el cómo

influyen las actitudes de ésta en la interrelación con el paciente, también se destaca en su trabajo otras cualidades necesarias en la enfermera y muy apreciadas por los pacientes como lo son la empatía, afecto y cercanía (13,82),siendo estos aspectos identificados en el presente estudio como parte de las competencias psicoemocionales y actitudinales.

De la misma forma otros autores destacan como atributo relevante del quehacer de enfermería; los principios éticos, la reflexión científica, la comunicación asertiva y efectiva, la adecuada identificación de necesidades de los pacientes para poder abordar y satisfacer sus reales necesidades y la importancia del humor en las enfermeras(os), especialmente las(os) enfermeras(os) que trabajan con niños. (98,158), todos estos aspectos contenidos en las competencias aquí identificadas.

En relación a la competencia cultural emergida en este trabajo, esta es reconocida por variados investigadores como una cualidad significativa para la/él enfermera(o), en relación a la influencia de la globalización y el fenómeno de las migraciones (159,160), situación de la cual no está ajena la enfermería chilena frente a la realidad sociodemográfica que enfrenta el país actualmente (161), por lo cual esta competencia es altamente apreciada hoy en día, para la real entrega de cuidados humanizados de parte de la enfermera(o).

De esta forma el presente estudio rescata este grupo de competencias descritas como esenciales para la profesión de enfermería, pero a su vez, los participantes expresaron y destacaron la importancia del equilibrio entre todas estas, lo cual coincide con hallazgos de otros autores que han enfatizado en la importancia que los usuarios le dan al equilibrio entre las competencias técnicas y actitudinales de la enfermera(o) (64-66).

Otra subcategoría emanada del estudio, tiene relación con los espacios físicos apropiados para entregar un cuidado humanizado, pero los discursos de los

participantes iban más allá, incluyendo aspectos que tienen que ver con el propiciar un “ambiente de cuidado”, en donde el entorno del paciente sea favorable para la entrega del cuidado humanizado y donde la/él enfermera(o) tiene un rol activo en la generación de este espacio, lo cual coincide con los planteamientos de Watson (16,39,139) y con conclusiones similares a las que han llegado otras investigaciones, destacando la importancia que los pacientes, sus familiares y enfermeras(os) le dan a esta condición (146,162).

La última subcategoría identificada para “Requisitos de cuidado humanizado“, fue la formación en cuidado humanizado, haciendo énfasis en la relevancia que tienen los elementos mencionados anteriormente en la formación de enfermera(o)s, haciendo hincapié en el rol que cumplen las instituciones formadoras en este ámbito. A su vez los participantes también describieron la importancia de la capacitación en estos tópicos una vez que la/él enfermera(o) está inserta(o) en el mundo laboral. Estudios han descrito la importancia de este aspecto en la entrega de cuidado humanizado por parte de la enfermera(o) (163), destacando que este criterio es aún una gran debilidad en la formación de las enfermeras(os), lo cual coincide con la información emanada de este estudio.

Para finalizar con las categorías emergidas para la dimensión de “Cuidado Humanizado”, se identificó el impacto positivo que éste posee en el proceso salud-enfermedad, siendo especialmente valorado en la recuperación de la salud de los pacientes y sus familiares. Es así como emanaron aspectos que dieron origen a las siguientes subcategorías en este ámbito: calidad del cuidado, la satisfacción usuaria, el hacer algo menos cruel, el favorecer la adherencia a los cuidados y tratamientos y el efecto tranquilizador del cuidado humanizado que disminuye la ansiedad propia del proceso de enfermedad. Otros estudios también han abordado el impacto que produce la entrega de cuidados humanizados, en donde se resalta el efecto positivo de este y destacan el impacto de estrategias de humanización de los cuidados en el bienestar de los pacientes (67,88).

De esta forma se va articulando un cuidado humanizado de enfermería, el cual posee cualidades específicas que lo van enlazando estrechamente al cuidado inherente de enfermería, haciéndolo parte intrínseca de éste. A su vez, al desglosar el cuidado humanizado han emanado requisitos claramente definidos, los cuales se han establecidos como condicionantes necesarios para el desarrollo y entrega de un cuidado humanizado de enfermería. Es importante destacar, que a la luz de la información emanada de este estudio, se permiten apreciar los alcances y aspectos positivos que tiene la entrega de este cuidado en los procesos de recuperación de los pacientes y en la calidad del trabajo de enfermería.

La tercera dimensión que surgió de los discursos, fue “Deshumanización de los cuidados”, como antítesis a lo planteado anteriormente, donde muchos de los participantes expusieron diferentes falencias tanto a nivel profesional e institucional que llevan a una deshumanización del cuidado, declarando a su vez, el impacto negativo que esto ejerce en los pacientes y sus familias. Es así como de esta dimensión emergieron dos categorías: factores de deshumanización de los cuidados e impacto negativo en la recuperación.

Para la categoría “Factores de deshumanización de los cuidados” se identificaron como subcategorías: factores externos a enfermería, los que se encuentran principalmente ligados a aspectos vinculados a las instituciones de salud y sus normativas internas y factores internos de enfermería, que tienen que ver en su gran mayoría con aspectos relacionados con las condiciones de trabajo y el estrés laboral propio del trabajo de enfermería.

De esta forma investigaciones de otros autores han llegado a conclusiones similares, evidenciando como factores externos a enfermería, específicamente los relacionados con las normativas internas institucionales, los espacios físicos y el compromiso de la organización, influyen de manera negativa en la entrega de cuidados humanizados, evidenciando que en muchas ocasiones las instituciones no

lo favorecen, principalmente por la inaccesibilidad de los servicios cuyas posibles causas identificadas fueron, entre otras, el exceso de trámites, la falta de recursos y las esperas prolongadas. También se ha declarado que la falta de infraestructura o ambientes físicos inadecuados y la poca preocupación de las instituciones en relación a este aspecto, influyen en la entrega de un cuidado humano (78-80).

Otra falencia identificada en esta subcategoría, tiene relación con la falta de recurso humano, lo cual repercute en los factores internos a enfermería, como lo son la sobrecarga y el estrés laboral, así lo demuestran estudios que coinciden con este hallazgo y revelan como la falta de recurso humano impacta en la deshumanización de los cuidados (76, 77,86).

También se lograron identificar otros aspectos que inciden en la deshumanización de los cuidados y que son independientes de la labor de enfermería, estos fueron la tecnologización en la atención en salud y el predominante paradigma biomédico en el abordaje de los pacientes, hecho reportado por otro autor en su investigación, quien destaca estos factores como relevantes en la deshumanización de la atención en salud (164). Sin embargo, estos no son los únicos pesquisados, ya que ciertas características de la sociedad actual fueron declaradas por los participantes como factores que influyen en la deshumanización de los cuidados, dentro de los cuales emergieron el estrés de la vida cotidiana, la sociedad individualista predominante hoy en día y las exigencias o sobredemanda de los usuarios, todas estas características, las cuales se relacionan con la injusticia social y el individualismo, presentes en las sociedades actuales, han sido descritas como influyentes en los procesos de deshumanización en salud (165).

De los factores identificados como internos a enfermería y que inciden en la deshumanización de los cuidados, se encontraron aspectos como la despersonalización, escasez de tiempo, estrés laboral, frustración, debilidad en la formación en competencias psicoemocionales, sobrecarga laboral, distanciamiento

con el usuario, trabajo administrativo no equilibrado con el cuidado, falta de empatía, cosificar al ser humano, parcialidad en la atención, tecnificación de la atención y falta de empoderamiento. Estos elementos emergidos de los discursos, según otros autores, se relacionan y revelan la importancia de la formación de la enfermera(o) haciendo hincapié en la preparación que debe poseer el profesional de enfermería para abordar las problemáticas que se vayan presentado en su ejercicio profesional (93). De esta forma surge como una herramienta potente para hacer frente a estos aspectos que dificultan y entorpecen la entrega de un cuidado humanizado, el desarrollo del pensamiento crítico (166), el cual le permita a la/él enfermera(o), cuestionarse, sensibilizarse y dar respuesta a las dificultades que se presentan en el ámbito de su quehacer laboral.

Según otros autores y coincidiendo con la información emergida en este estudio, el empoderamiento y liderazgo de los profesionales de enfermería también son considerados como fuertes herramientas que favorecerían la entrega de un cuidado digno. Ya que la actitud que la/él enfermera(o) presenta frente al cuidado incide en la entrega de éste (167). También se han identificado como factores protectores de una entrega de cuidados humanizados la ética profesional y el respeto de la dignidad humana características básicas del profesional de enfermería (13), las cuales evitarían la despersonalización o el “cosificar” a un ser humano, aspectos identificados en este estudio como parte de la deshumanización de los cuidados.

En relación al estrés y la sobrecarga laboral, otros factores destacados por los participantes como relevantes en la deshumanización de los cuidados, los cuales, aun siendo identificados como elementos que emergen del propio quehacer de enfermería, se encuentran íntimamente ligados a la gestión y administración de recursos, por lo cual, al igual que como lo demuestran otros estudios, existe una estrecha relación entre las condiciones laborales brindadas por la institución y la entrega del cuidado (77,86).

De esta forma, lo pesquisado en la categoría: “Factores de deshumanización del cuidado”, evidencia la importancia del rol que cumple la organización o institución en la entrega de una atención y cuidado humanizado, ya que, al igual que lo reportado por otros autores, quienes resaltan la relevancia de la gestión institucional en la generación de políticas de humanización, en donde ésta posea un real compromiso con la salud laboral y los procesos de humanización en salud (82), también fueron inquietudes manifestadas por los participantes de este estudio.

Cabe destacar, que la información emanada de esta parte de la investigación, proporcionó un gran aporte al desarrollo de indicadores de cuidado humanizado, ya que permitió visualizar el rol de la institución en la humanización en salud y el cómo se encuentran íntimamente ligados la salud laboral y la entrega de cuidados (77,86) de esta forma su contribución se considera como trascendental en la identificación de elementos que permitieron la elaboración de los indicadores de cuidado humanizado en enfermería.

Continuando con la dimensión “Deshumanización de los cuidados”, la segunda categoría emergida de ésta fue: el impacto negativo que tiene la deshumanización en la recuperación de los pacientes. Este hecho también ha sido reportado por otros autores quienes identifican la deshumanización como un factor que entorpece el proceso de salud-enfermedad de las personas, ya que las aísla e impide que la/él enfermera(o) pueda identificar las reales necesidades del paciente, lo cual finalmente repercute en él ánimo éste y en su recuperación (99).

De esta forma se va articulando un cuidado de enfermería de excelencia, que aquí recibe el nombre de cuidado humanizado, en donde las distintas categorías identificadas permiten caracterizar y apreciar los beneficios de la entrega de un cuidado humano, a su vez, el centrarse solo en la tecnificación de la atención y por lo tanto caer en la deshumanización de los cuidados, hace que esto tenga repercusiones negativas tanto en el paciente como en la enfermera(o). Así, todos

los aspectos señalados, sustentaron la base para el desarrollo de los indicadores de cuidado humanizado, los cuales pretenden ser una herramienta en el posicionamiento y seguimiento de conductas de cuidado humanizado por parte de la/él enfermera(o).

La última dimensión identificada en la fase cualitativa de la investigación fue la "Experiencia de Enfermedad". Si bien esta no había sido considerada de manera apriorística, variados discursos dieron la base para el surgimiento de esta dimensión, ya que el exponer la enfermedad como una experiencia de vida no grata, se relaciona íntimamente con la empatía y el cuidado humanizado que debe otorgar la enfermera a los pacientes y familias que están pasando por esa vivencia (168).

Es así como de esta dimensión surgieron dos categorías: "Vulnerabilidad" y "Dolor", y de ésta última emergieron a su vez dos subcategorías: "dolor espiritual" y "dolor físico", lo cual permitió develar la percepción de enfermedad como un proceso que en sí mismo deja al paciente y su familia en un estado o condición de vulnerabilidad, caracterizado por una fragilidad tanto física como espiritual, que se refleja en este "dolor", que se manifiesta no sólo como el dolor físico o del cuerpo, sino que se destaca la importancia y el impacto del dolor del alma o dolor espiritual, hecho que ha sido identificado en otros estudios que caracterizan de igual forma la experiencia de estar enfermo y de estar hospitalizado (168-170).

Esta información, reafirma la importancia que posee la entrega de cuidados humanizados por parte de la enfermera(o), especialmente frente a situaciones que hacen que el ser humano este más sensible a las experiencias que está viviendo, como es el transitar por una enfermedad, es así como esta última dimensión develada, entrega herramientas para la estructuración y mejor comprensión del fenómeno: "Cuidado Humanizado".

6.3 Tercera fase de la investigación: generación de indicadores

De acuerdo a los hallazgos, se pudo visualizar el Cuidado Humanizado otorgado por enfermería, como un fenómeno complejo, caracterizado por diversas cualidades, que requiere a nivel profesional y de la institución se generen ciertas condiciones o requisitos para que éste pueda darse; a su vez, también se pesquisaron las consecuencias negativas de no entregar un cuidado humanizado.

Es por esta razón que toma mayor relevancia el generar evaluaciones objetivas, frente a un fenómeno de tal magnitud, que permitan identificar áreas de oportunidad en relación a la entrega de cuidados humanizados por parte de enfermería a los pacientes hospitalizados y sus familias.

De esta forma, los indicadores, herramienta ampliamente utilizada en salud, surgen como instrumento de apoyo para la gestión (58-60), que en este ámbito busca como objetivo final entregar a sus usuarios un cuidado de calidad, el cual debe estar impregnado de una base profundamente humana.

El indicador en salud, se considera un potente instrumento, que da indicios o evidencia una situación, actividad o resultado, con una señal clara en base a la información emanada de él, por lo tanto permite la identificación de puntos sensibles relacionados con el fenómeno que se está evaluando, lo que facilita pesquisar áreas de oportunidad y mejora (57).

Pero para que esta herramienta pueda cumplir su objetivo de manera fehaciente, debe ser creada a la medida, es decir tener incorporado ciertos aspectos que son propios de la cultura organizacional y del medio en la cual va a estar inserto este indicador, esto demanda considerar específicamente lo que el sujeto, en este caso el paciente y la organización espera (171).

Es por este motivo, que para el desarrollo de indicadores, se decidió realizar un estudio mixto, ya que la evidencia muestra que la mejor forma de crear un indicador es recurrir a diversas fuentes de información para su generación para que este sea un indicador específico para la unidad de análisis, enriquecido y no viciado por sesgos (107).

Así, esta investigación integró elementos ya validados en estudios previos (16,17), sin embargo, como los autores señalan, un indicador debe medir de manera veraz su objeto de análisis (171), por lo que se decidió profundizar en el fenómeno del cuidado humanizado otorgado por enfermería, de esta forma, se complementó la información pesquisada de manera cuantitativa, con la incorporación de aspectos que emanaron de la fase cualitativa de la investigación.

Este proceso se ha considerado trascendental para el enriquecimiento de los indicadores generados, ya que permitió lograr una apreciación más completa del fenómeno. De esta forma, se identificó que ambas fases de la investigación fueron de gran importancia para el desarrollo y generación de estos indicadores de cuidado humanizado en enfermería, ya que si bien, cuantitativamente se pudieron identificar criterios que permiten medir la percepción del cuidado humanizado entregado por enfermería desde la perspectiva del paciente, la triangulación con la información emanada de la fase cualitativa permitió complementar esos elementos con otros aspectos destacados como relevantes desde el punto de vista de las(os) enfermeras(os) que están comprometidas(os) con un cuidado humanizado.

De esta forma, los resultados de la fase cuantitativa y cualitativa de la investigación tributaron a la creación de dos indicadores de cuidado humanizado. Uno de ellos dirigido a medir la entrega de cuidado humanizado por parte de la/él enfermera(o) y el otro destinado a evaluar el rol de la institución en razón de favorecer las condiciones que fomentan la entrega de un cuidado humanizado a los usuarios.

Los indicadores generados corresponden a uno de estructura y otro de proceso, los cuales se complementan, ya que como se menciona en la literatura, si la estructura no favorece los medios, no se puede avanzar hacia la generación de procesos exitosos (57, 58,171). Tal como lo señala Donabedian, existe una conexión entre los distintos componentes del sistema de salud, en donde estos se encuentran íntimamente conectados (51), relación que se traspasa a los indicadores en salud, lo cual permite alcanzar resultados óptimos en la calidad de la atención. De esta forma, ambos indicadores permiten identificar de manera más efectiva las áreas de oportunidad y mejora para evaluar de manera global el cuidado humanizado, apuntando a la búsqueda de la calidad en relación a este cuidado.

Donabedian, plantea que los componentes de la salud, corresponden a la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención (51). Este postulado teórico, se encuentra íntimamente relacionado a los hallazgos de este estudio, ya que los criterios que estructuran estos indicadores, forman parte de estos subsistemas expuestos por Donabedian (51), de esta forma se puede apreciar que el indicador de proceso, el cual está destinado a evaluar el cuidado humanizado entregado por la/él enfermera(o), se vincula a las acciones que surgen de la atención técnica y de las relaciones interpersonales, a su vez, el indicador de estructura, que en este caso va direccionado a evaluar el compromiso institucional con la entrega de un cuidado humanizado, integra principalmente elementos relacionados con el ambiente en el cual se lleva a cabo la atención.

Otro aspecto de este estudio que se enmarca en lo teórico, corresponde a la importancia de la evaluación, ya que se plantea de gran impacto en la calidad de los procesos, el hecho de evaluar cada uno de los componentes de la salud, haciendo énfasis en la consideración de aspectos propios de la cultura organizacional donde se está inserto y las características propias del país (51,57-58,171). Así este estudio se ajusta a estos postulados, ya que para poder llegar a

la generación de indicadores se consideró en primera instancia la percepción de los usuarios en relación al cuidado humanizado entregado por enfermeras(os) y en la segunda fase de la investigación se indagó en la apreciación de enfermeras(os) vinculadas(os) a un cuidado humanizado, así esta metodología de trabajo permitió crear indicadores ajustados a la realidad local y que a su vez, midieran el cuidado humanizado considerando desde la estructura hasta la generación de procesos vinculados a este cuidado en particular.

De esta forma el proceso evaluativo es fundamental para la identificación de áreas de oportunidad y mejora; sin embargo, si éste no es desarrollado de manera rigurosa puede verse influenciado por sesgos que emanan de la subjetivad del evaluador (109). Como evaluar el fenómeno de “Cuidado humanizado de enfermería”, presenta mucha subjetividad inherente (172), la metodología de trabajo empleada para el desarrollo de los indicadores, buscó limitar ese sesgo, utilizando diversas fuentes de información, como sugieren autores (107,173), logrando identificar criterios claramente definidos que emanaron de la triangulación de la información obtenida de la fase cuantitativa y cualitativa de la investigación.

A su vez para lograr absoluta objetividad en el proceso de medición con el indicador, se elaboró un instructivo de llenado de éste, en el cual se establecen cada una de las etapas del proceso de medición, indicando el momento y personas que deben realizar esta actividad, también en este instructivo se señalan de manera secuencial cada una de las etapas a seguir en este proceso y se anexa un glosario de términos en donde se especifica lo que contempla cada criterio a evaluar del indicador, proceso ceñido a la metodología señalada por otros autores (57,171). Es importante destacar, que para establecer este instructivo de llenado y comprobar que este fuera absolutamente claro, se sometió a juicio de expertos, paso que se considera fundamental para el desarrollo de este tipo de herramientas (174), los cuales aportaron sugerencias que fueron incorporadas para llegar al resultado final.

Los indicadores generados a partir del presente estudio, permitirán cuantificar e identificar los aspectos prioritarios relacionados con la entrega de cuidados humanizados por parte de las(os) enfermeras(os), lo cual guiará en la toma de decisiones (175), para llevar a cabo medidas que contribuyan a lograr la entrega de un Cuidado de Enfermería que contenga todas las características que lo califican como un Cuidado Humanizado.

CAPITULO 7
CONCLUSIONES

Al finalizar este estudio es posible concluir que la “humanización del cuidado” en una temática sentida como relevante tanto por los pacientes, como por las(los) enfermeras(os) que tienen a su cargo el cuidado de éstos. Es así, como esta investigación ha permitido profundizar en este tema, que siendo una necesidad, no existía un conceso acerca de las implicancias de este concepto.

De esta forma, el resultado global de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería, fue mayoritariamente positiva correspondiendo al concepto “siempre”, es decir que, siempre percibían comportamientos humanizados de parte de la enfermera(o), sin embargo se debe destacar que en la idiosincrasia chilena siempre existe cierto temor de las personas de someterse a una evaluación o evaluar a otros, sobre todo en el contexto de estos pacientes que se encontraban hospitalizados, lo cual podría haber generado algún tipo de sesgo, este hecho también pudo estar influenciado por otra característica cultural, ya que muchas veces se contestan encuestas sin profundizar en los aspectos contenidos en ellas, sin embargo, como sucedió en este estudio, una vez terminada la aplicación del instrumento, muchos participantes se explayaron relatando ciertos hechos o situaciones que les incomodaban en relación al cuidado humanizado. Relacionado con este aspecto, tampoco se puede dejar de mencionar que un 20% de los pacientes “nunca” o sólo “algunas veces” percibieron comportamientos de cuido humanizado por parte de la/él enfermera(o), si bien es un porcentaje menor en relación al total y a lo positivamente pesquisado, pero es un valor que se debe considerar para seguir profundizando en esta temática, ya que un grupo de

personas en este estudio ha referido no percibir un cuidado humanizado de parte de la /el enfermera(o).

También es importante destacar que el aspecto más relevante o mejor evaluado del cuidado humanizado, según el instrumento cuantitativo, fue la calidad del quehacer de enfermería, este hecho puede estar influencia por los proceso de acreditación a los han debido someterse los hospitales y que enfatizan en el rigor técnico en relación a la entrega de cuidados, es más, este hecho era verbalizado por los pacientes, quienes referían que las(os) enfermeras(os) eran muy hábiles técnicamente, sin embargo el aspecto más débil pesquisado fue la comunicación, de la misma forma, los pacientes relataron que en muy pocas oportunidades podían conversar con las(os) enfermeras(os) y que era muy difícil poder hablar con ellas(os) de sus sentimientos y temores frente al proceso que vivían, es allí donde se visualizó un área de oportunidad para fortalecer los indicadores de cuidado humanizado en enfermería.

En relación a este aspecto, cabe destacar, que el instrumento utilizado “PCHE”, no contempla la evaluación de otros elementos que componen o complementan la entrega de un cuidado humanizado como lo son la incorporación de la cultura y la espiritualidad en el cuidado del paciente, además de la consideración y de la integración de la familia o personas significativas para el paciente en el cuidado de éste, dentro de otros aspectos, de ésta forma se pesquisó un área de oportunidad para fortalecer este instrumento con el fin de que pueda ser utilizado en evaluaciones futuras y que logre abordar de manera más integral los componentes de un cuidado humanizado.

En relación a las variables sociodemográficas y la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermeras(os), no se pesquisaron asociaciones significativas, por lo cual se deduce que el recibir un cuidado humanizado es una

necesidad trasversal, sin importar las características o condición social de la persona.

A su vez, la fase cualitativa de la investigación, con la información emanada de ella, permitió complementar lo pesquisado en la etapa cuantitativa y entregar una visión más integral del cuidado humanizado entregado por enfermeras y enfermeros. Así, con el surgimiento de dimensiones, categorías y propiedades, se pudo perfilar y comprender de mejor manera este fenómeno de estudio.

De esta forma, emergió como dimensión el “cuidado humanizado”, pero al mismo tiempo surgieron otras dimensiones relacionadas íntimamente con ésta y que ayudaron a una mejor comprensión de este concepto, estas fueron “cuidado de enfermería”; “deshumanización del cuidado” y “experiencia de enfermedad”.

De “cuidado humanizado”, surgieron diversas categorías y subcategorías que permitieron caracterizar este concepto, apreciar los requisitos necesarios para poder otorgar un cuidado humanizado y visualizar sus beneficios.

Dentro de las características surgieron aspectos como que el cuidado humanizado es un cuidado individualizado, que posee una visión holística, que es responsable, ético, significativo, trasversal, innovador, que nace de una vocación, y por lo tanto es un cuidado perfecto. A su vez, para poder hacer entrega de un cuidado humanizado por parte de enfermeras(os) deben existir o darse ciertos requisitos como lo son: establecimiento de una relación interpersonal, valoración integral del paciente por parte de la enfermera(o), integrar las redes de apoyo del usuario, poseer ciertas competencia entre ellas, competencias psicoemocionales, actitudinales, cognitivas, culturales y el equilibrio entre estas; formar en la entrega de cuidados humanizados, contar con espacios físicos adecuados y que el cuidado de la enfermera(o) sea integral.

De darse estas condiciones el cuidado humanizado entregado por enfermería presentaría repercusiones positivas para los pacientes como lo son: calidad en la entrega de los cuidados, satisfacción usuaria, se hace menos cruel el proceso de enfermedad, favorece la adherencia de los pacientes y logra disminuir la ansiedad y favorecer la tranquilidad.

Así, con la información emanada de esta fase de la investigación se logró poseer una mejor comprensión del fenómeno de estudio, de donde surgieron elementos no contemplados en la fase cuantitativa, a su vez las enfermeras y enfermeros que participaron en esta etapa de la investigación, le otorgaron gran importancia a la categoría “requisitos de cuidado humanizado”, ya que, si no se logran dar estos elementos en la práctica asistencial, difícilmente se podrá dar un cuidado humanizado a los pacientes por parte de las enfermeras y enfermeros.

Esta etapa, se considera fundamental en el estudio, ya que permitió profundizar en la comprensión del objeto de estudio e ir visualizando la creación de los indicadores de cuidado humanizado en enfermería.

Para la elaboración de los indicadores de cuidado humanizado en enfermería se procedió a la triangulación metodológica de la información emanada en las etapas cuantitativa y cualitativa de la investigación, este proceso no se puede dejar de mencionar ya que, fue trascendental para el logro del objetivo final, al permitir tener una visión más completa del fenómeno de estudio, al enlazar la Teoría, con lo pesquisado en ambas fases de la investigación. Ya que, de haber utilizado sólo una fuente de información para la creación de los indicadores, estos no habrían abarcado los condicionantes necesarios para la entrega de un cuido humanizado por parte de enfermeras(os).

A su vez, esta metodología empleada se considera útil al trabajar con conceptos abstractos que son difíciles de operacionalizar, por lo cual esta forma de trabajo

disminuye sesgos de interpretación al ir enlazando diversas fuentes de información y facilita la comprensión y caracterización del fenómeno de estudio.

De esta forma, las etapas previas permitieron la elaboración de dos indicadores de cuidado humanizado, el primero enfocado a medirlo desde la perspectiva del usuario, el cual contiene 27 criterios a medir que han emergido de este estudio y otro destinado a evaluar el compromiso que posee la institución con la entrega de cuidado humanizado de enfermería, el cual posee 11 criterios a medir, los cuales se relacionan principalmente a la infraestructura y a las condiciones laborales de las(os) enfermeras(os) que trabajan en la institución; ya que dentro de la información emanada de este estudio se visualizó que aunque la/él enfermera(o) tenga gran disposición para una entrega de cuidado humanizado, si la institución no entrega ciertas condiciones, el poder otorgar ese cuidado se hace muy difícil, por lo cual emergieron aspectos relacionados con la carga y el estrés laboral al que se ven enfrentadas(os) muchas(os) enfermeras(os) hoy en día.

Toda la información que surgió de las distintas etapas de la investigación, permitieron tener una mayor comprensión del fenómeno de estudio y de esta forma generar indicadores de cuidado humanizado que estuvieran apegados a la realidad chilena y que fueran factibles de utilizar en la práctica, de esta forma los procesos previos permitieron fortalecer los indicadores de cuidado humanizado desarrollados en este estudio.

Es por este motivo que estos indicadores se consideran como un gran aporte para ser utilizados en la práctica clínica y de esta forma ir fortaleciendo las políticas que actualmente existen y se vinculan al cuidado humanizado.

CAPITULO 8
LIMITACIONES

Si bien este estudio dio respuesta a los objetivos planteados, existieron ciertas dificultades que se presentaron durante el desarrollo de éste y que interfirieron con el logro de los objetivos de manera más expedita.

La primera dificultad a la que se vio enfrentado este trabajo, fue de tipo administrativa, la cual surge en relación a la etapa cuantitativa de la investigación, ya que para desarrollar el estudio en los centros asistenciales que se tenían contemplados, se debió pedir una carta de autorización a cada uno de los directores de dichos establecimientos antes de recurrir al comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, entidad a la cual pertenecían estos hospitales y que previo a la recepción del proyecto de investigación solicitaba dicha documentación.

Este proceso contempló diferentes requerimientos y periodos, según los distintos hospitales, esto retardó el tiempo de entrega del proyecto al Comité Ético Científico. Una vez ingresado el proyecto al Comité, el proceso fue largo debido a observaciones y solicitudes que se realizaron de esta entidad.

Otra dificultad a la que se vio enfrentado el proyecto de investigación, fue en relación a la fase cualitativa de la investigación. En primer lugar porque las(os) enfermeras(os) vinculados de manera directa a la humanización de los cuidados y según los criterios de inclusión, se encontraban en otras ciudades diferentes a las de origen de la autora, lo cual contempló disponer de tiempo y recursos para los traslados y a su vez muy buenas coordinaciones para poder concretar las entrevistas.

Para el desarrollo de este proyecto, también se ha considerado como una limitación el hecho de no contar con el tiempo adecuado para llevar a cabo todas las actividades contempladas en esta investigación en los tiempos correspondientes, ya que la autora siempre estuvo vinculada a actividades de docencia que dificultaron el trabajo más expedito en este estudio.

Desde el punto de vista metodológico, en relación a la fase cuantitativa de la investigación, otra dificultad a la que se vio enfrentado el estudio, fue el tener que adaptar lingüísticamente un instrumento que ya se encontraba en el mismo idioma. Ya que esta metodología no es ampliamente utilizada, por lo cual se debió buscar un asesor metodológico en este ámbito e ir trabajando en un área totalmente novedosa para la autora.

CAPITULO 9
SUGERENCIAS

A la luz de los resultados del estudio y en base a la importancia que presenta la humanización de los cuidados en salud, se procede a enunciar las siguientes recomendaciones:

Desde la perspectiva social:

- La temática de esta investigación, la cual se alinea con las políticas Ministeriales relacionadas con el trato usuario, visualiza la necesidad de contar con un modelo claramente definido para la entrega de cuidados humanizados.

- Todo establecimiento de salud debería contar con un modelo claro y específico de cuidado humanizado, el cual fuera conocido por todos(as) los(as) funcionarios(as) del establecimiento y del cual se desprendieran protocolos de cuidado humanizado, lo cual generaría un impacto positivo en la calidad del servicio entregado y en la satisfacción usuaria, a su vez la incorporación de este modelo podría ser monitorizada a través de los indicadores de cuidado humanizado desarrollados en esta investigación.

- El incorporar un modelo de cuidado humanizado en salud, el cual fuera constantemente evaluado, favorecería el respeto incondicional a la Dignidad Humana, especialmente en situaciones de vulnerabilidad del ser humano, como lo es cuando éste cursa un proceso de enfermedad.

Desde la perspectiva profesional:

Ámbito Gestión:

- Se sugiere a nivel institucional, incorporar políticas que velen por la entrega de cuidados humanizados por parte de enfermería y el resto de sus trabajadores.

- Desarrollo e implementación de protocolos de cuidado humanizado a nivel institucional.

- Incorporación en la institución de salud y aplicación de indicadores de cuidado humanizado, lo cual incida en la toma de decisiones en relación a este tema. A su vez, la utilización de éstos permitiría monitorizar en el tiempo la entrega de éstos cuidados, fomentando la calidad del trabajo realizado y la satisfacción usuaria.

- Los resultados de esta investigación han evidenciado la importancia de la salud laboral y el impacto que esta tiene en los cuidados humanizados, ya que la/él enfermera(o) para poder hacer entrega de ellos debe estar apta(o) metal, física y emocionalmente. Es así que se recomienda la creación de políticas institucionales que sean coherentes en este ámbito y que velen por la adecuada salud laboral de sus trabajadores, en relación a este tema se recomienda la evaluación de las enfermeras(os) que trabajan en áreas altamente demandantes del hospital, por lo menos una vez al año por parte de profesionales de área de salud mental. A su vez, en relación a los resultados que arrojen estas evaluaciones, la institución debería tomar las acciones respectivas.

- Desarrollar programas de esparcimiento, en los cuales los trabajadores tengan la oportunidad de poder realizar actividades como deportes o talleres que los ayuden a liberar el estrés propio de la actividad laboral.

- Realizar estudio de carga laboral, que permita evaluar de manera objetiva la carga asociada al trabajo de enfermería y el impacto de ésta, y en base a los resultados tomar las directrices correspondientes que permitan una adecuada entrega de cuidados humanizados por parte de las enfermeras(os).

- Realizar estudio de estrés laboral, dando prioridad a las(os) enfermeras(os) que trabajan en unidades altamente demandantes, con el fin de tomar acciones que permitan finalmente favorecer la entrega de cuidado humanizado por parte de las(os) enfermeras(os).

- La institución debería contar con políticas claras de la protección de la salud laboral de sus trabajadores, considerando cargas laborales, estrés laboral y ambientes de trabajo, ya que al detectar alguna problemática en esas áreas, se deberían tomar directrices al respecto, ya que la adecuada salud laboral repercute en la entrega del cuidado.

Ámbito Asistencial:

- La incorporación de un modelo claro y definido de humanización del cuidado, sumando a la monitorización de éste, fomentaría en enfermería la interrelación enfermera(o) paciente y el cuidado centrado en la persona, lo cual incidiría en la calidad del trabajo realizado, pero también en el empoderamiento profesional al visibilizar el cuidado de enfermería como aquel que es integral, no sólo centrado en lo técnico y que influye en el bienestar del paciente y su familia.

Ámbito educación:

- Incluir la humanización de los cuidados como una temática relevante y trasversal, en la formación de pregrado de enfermería, la cual debería estar muy ligada a la Ética del Cuidado.

- Incluir la humanización de los cuidados como temática trasversal en todos los programas de especialización en la formación de enfermería.

- Desarrollar programas de capacitación de humanización de los cuidados, con los cuales puedan contar las(os) enfermeras(os) que deseen profundizar en la temática o bien capacitarse en este ámbito.

- Desarrollar talleres de cuidado humanizado dentro de las instituciones de salud, en los cuales los(as) trabajadores(as) deban participar una vez al año de manera obligatoria.

- Establecer una fluida comunicación entre el campo de la docencia y el mundo asistencial, lo cual permita el intercambio de información y conocimiento entre ambas entidades.

- Asesorar desde el mundo académico a la institución de salud involucrada en este estudio para la incorporación y desarrollo de un modelo de cuidado humanizado.

Ámbito investigación:

- Se sugiere realizar más investigaciones en esta temática, pero desde un abordaje cualitativo, ya que en este estudio, la perceptiva de los pacientes en relación al cuidado humanizado otorgado por enfermería, fue pesquisada

cuantitativamente y a la luz de los resultados se encontró una buena evaluación de este aspecto, sin embargo, al explayarse, los pacientes refirieron muchas situaciones o sensaciones asociadas a un trato distante a lo humanizado, por esta razón, se considera profundizar en esta temática, pero cualitativamente desde la perspectiva de los pacientes.

- Aplicar los indicadores de cuidado humanizado, desarrollados en este estudio, los cuales permitan medir la entrega de cuidados humanizados en el tiempo e ir evaluando como estos se modifican al ir realizando variadas intervenciones en el tema, a su vez éstos también pueden permitir la comparación en distintos servicios clínicos y hospitales, lo cual permitiría generar información valiosa para futuras investigaciones.

Ámbito disciplinar:

- Desde esta perspectiva, se considera este estudio como un gran aporte al mundo de la enfermería, ya que realza el cuidado como en centro de esta profesión. En relación al cuidado humanizado, se sugiere, en base a la información recopilada, la creación de un modelo claro y concreto de humanización del cuidado en enfermería, basado en la realidad chilena.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta paul. Enferm, 2007 Dec; 20(4): 499-503.

2. Gálvez M, Gómez J, Martín M, Ferrero M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. Med Segur Trab, 2017;63(247):103-19.

3. Arredondo-González C, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm, 2009 Mar; 18(1): 32-36.

4. De Souza N, Passarela A, Cassuli M. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. Rev Bras Enferm, 2009 maio-jun; 62(3): 349-54.

5. Pezoa M. ¿Qué elementos de la atención en salud son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho? [Internet] Santiago: Superintendencia de Salud. Ene 2012; [Citado el 9 de Junio del 2017]. Disponible desde: www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-7392_recurso_1.pdf

6. Colegio de enfermeras de Chile: Discurso ceremonia conmemoración día internacional de la enfermera. Pronunciado por Mg. Srta. Paola Pontoni Zuñiga, presidenta nacional Colegio de Enfermeras de Chile, Santiago, mayo 2014. [Internet] Santiago de Chile [citado 6 de marzo del 2017] Disponible desde: http://colegiodeenfermeras.cl/documento-de-enfermeria-destacado-el-discurso-de-la-presidenta-del-colegio-de-enfermeras-por-dia-de-la-enfermera-2014/

7. Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. [Internet] 2012. [Citado el 9 de Junio del 2017]. Disponible en: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348

8. Ley N° 19.937, que modifica el D.L. No 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria. D.O. [Internet] 2004. [Citado el 9 de Junio del 2017]. Disponible en: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629

9. Superintendencia de Salud. ¿Qué es "trato digno" para los pacientes? Elementos que componen el trato digno. Informe Global. 2013

10. Lagos Z, Mattos-Pimenta C, Urrutia M. Calidez en enfermería: formulación de constructo y variables relacionadas. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2016;18(1): 95-113

11. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. ¿qué es "trato digno" para los pacientes? Elementos que componen el trato digno Informe Global. [Internet] Santiago: Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile.Dic 2013; [Citado el 9 de Junio del 2017]. Disponible desde: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-9004.html

12. Departamento Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud. [Internet] Santiago: Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Dic 2010; [Citado el 11 de Junio del 2017]. Disponible desde: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7318_recurso_1.pdf

13. Beltran O. Cuidado humanizado: una relación de familiaridad y afectividad. Invest. educ. enferm. 2015;33(1):17-27

14. Beltrán-Salazar O. Cuando las enfermeras están ausentes. Index Enferm. 2010 Dic; 19(4): 240-244.

15. Calderon D, Verdi M. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). Comunicação saúde educação. 2014[citado 2015 Marzo 9]; 8(1):859-870.

16. Rivera L, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country / Perception of behaviors of humanized nursing care at Clínica del Country. Av. Enferm. 2007 Jun; 25(1):56-68.

17. González-Hernández O, Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión”.Aquichan. Sep 2015;15(3): 381-392

18. Gaviria D. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Investigación y Educación en Enfermería. 2009 Mar; 27(3): 24-33.

19. Lagoueyte M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud. 2015 Aug; 47(2): 209-213.

20. Duran de Villalobos M, Enfermería: Desarrollo teórico y práctico.1°ed. Colombia; Unibiblios: Universidad Nacional de Colombia; 2001.

21. Baggi M, Lorenzini A, Marcon G. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Texto Contexto. 2010 Abr-Jun; 19(2): 378-85

22. Watson J. The philosofhy and science of caring. 1° ed. Colorado. University Press of Colorado; 2008.

23. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. En: Elsevier Mosby, editores. Barcelona; 2011.

24. Eriksson K. The Theory of Caritative Caring: A Vision. Nurs Sci Q. July 2007; 20: 201-202

25. Duran de Villalobos M, Gutierrez de Reales E, Pino N, Sanchez B, Vasquez de Larrarte E, Villagra de Ramírez L. Dimensiones del cuidado.1° Ed. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 1998. p 103-108.

26. Calderó M, Luque M, Palomino A. Aplicación de la teoría de los factores cuidativos de Jean Watson a una situación de la práctica clínica. La historia de Beatriz. Paraninfo Digital. [revista en la Internet] 2009 Sep [citado 2017 Mayo 26]; 3(7):2-16. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n7/114o.php

27. Lee I, Wang H. Preliminary Development of Humanistic Care Indicators for Residents in Nursing Homes: A Delphi Technique. Asian Nursing Research. 2014; 8: 75-81

28. Nora C, Junges J. Humanization policy in primary health care: a systematic review. Rev Saúde Pública. 2013;47(6):1-15

29. Moreno-Fergusson M. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. Aquichan. Mayo-agosto, 2013; 13(2): 146-147

30. Congreso de Colombia. Ley 911 del 2004. Diario Oficial 45.693

31. Gómez R. Dignidad humana en el proceso de salud y enfermedad. 1° Ed. Bogotá: Universidad del Rosario; 2008. 21-28 p.

32. Michelini D. Dignidad humana en Kant y Habermas. Estudios de filosofía práctica e historia de las ideas. 2010; 12(1): 41-49

33. Cofré Juan. Sobre la fundamentación radical de la naturaleza (humana) y de los derechos humanos. Revista de derecho (Valdivia). 2006; 19(1): 9-32.

34. Spector H. La filosofía de los derechos humanos. Isonomía: Rev. De teoría y filosofía del derecho.2001 Oct; (15):6-53

35. Prado M. Limitación de los Derechos Humanos: Algunas Consideraciones Teóricas. Revista chilena de derecho. 2007; 34(1): 61-90.

36. Nogueira H. Aspectos de una Teoría de los Derechos Fundamentales: La Delimitación, Regulación, Garantías y Limitaciones de los Derechos Fundamentales. Ius et Praxis. 2005; 11(2): 15-64.

37. Ministerio del Interior República del Ecuador. Manual de derechos humanos. 2012

38. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto contexto - enferm. 2007 Mar; 16(1): 129-135.

39. Duran de Villalobos M, Gutierrez de Reales E, Pino N, Sanchez B, Vasquez de Larrarte E, Villagra de Ramírez L. Dimensiones del cuidado.1° Ed. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 1998. p 83-89.

40. Ayala R, Torres M, Calvo J. Gestión del cuidado de enfermería.1° Ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2014. p 19.

41. Fry S, Johnstone M. Ética en la práctica de enfermería. Una guía para la toma de decisiones éticas. 3° Ed. México: Manual Moderno; 2010.

42. Pinto N, Gómez O, Vásquez E, Munévar R, Chaparro L, Medina M, Gómez A. El cuidado de enfermería y las metas del milenio. 1° Ed. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2012. P. 267-279

43. Waldow V. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Index Enferm, 2014;23 (4):234-238

44. Barbosa I, Silva M. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev. bras. enferm. 2007; 60(5): 546-551.

45. Código Sanitario. Decreto con Fuerza de Ley N° 725. Actualizado a julio de 2000. Libro V, Artículo 113, inciso cuarto. [Internet] 2000. [Citado el 9 de Junio del 2017]. Disponible en: www.bibliotecadelcongreso.cl/.../publeyesmassoli/admin/verarchivocodigos.php?id codigo=6&file=1)

46. Mosqueda A, Stiepovich J. Implementación de subdirecciones de gestión del cuidado en hospitales autogestionados, avances y desafíos para enfermería. Enferm. Glob, 2012 Oct; 11(28): 355-367.

47. Subsecretaria de Redes Asistenciales, Departamento de Asesoría Jurídica. Norma general administrativa No 19, "Gestión del cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada". [Internet] 2007. [Citado el 9 de Junio del 2017]. Disponible en: http://colegiodeenfermeras.cl/wp-content/uploads/2015/05/Norma-19.pdf

48. República de Chile, Ministerio de salud, Departamento Asesoría Jurídica. Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de salud. Decreto n° 15 de 2007. Diario Oficial. [Internet] 2007. [Citado el 9 de Junio del 2017]. Disponible en: http://www.ispch.cl/ley20285/t_activa/marco_normativo/7c/dec_15_07.pdf

49. Malagón-Londoño G, Galán R, Pontón G. Garantía de calidad en salud. 2° Ed. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2006. P 2.

50. Mejía V, Alvarez F. Auditoría médica para la calidad de la atención en salud. 5° Ed. Bogotá: ECOE; 2009. P 5-6.

51. Donabedian, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Publ Mex. 1990 Mar; 32(2):113-117.

52. Ramírez C, Perdomo A, Galán E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Av. Enferm. Ene-Jun 2013; 31(1):42-5.1

53. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales. Garantía de Calidad en la Atención de Salud Chile [Internet] Santiago: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. 2012; [Citado el 14 de Junio del 2015]. Disponible desde: http://www.expohospital.cl/marketing/presentaciones_2012/alejandra_meniconi.pdf

54. Velásquez M. Acreditación de Calidad en Salud [Internet] Santiago: Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. 2011; [Citado el 14 de Junio del 2017]. Disponible desde: http://web.minsal.cl/portal/url/item/b644fa9a8af8d5cce040010164011221.pdf

55. Decreto ley n° 2.763, de 1979 y de las leyes n° 18.933 y n° 18.469. . [Internet] 2006. [Citado el 9 de Junio del 2017]. Disponible en: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=249177

56. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española [Internet] actualizado 2012. [Citado el 9 de Junio del 2017]. Disponible en: http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae

57. Jiménez R. Lineamientos metodológicos para la construcción de indicadores de desempeño. [Internet] Costa Rica: 2012; CEPAL Naciones Unidas [Citado el 14 de Junio del 2017]. Disponible desde: http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/38459/indicadores_costa_rica_febrero_2010-cepal.pdf

58. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Gobierno de Colombia. Dirección de regulación, planeación, estandarización y normalización (DIRPEN). Guía para Diseño, Construcción e Interpretación de Indicadores Estrategia para el Fortalecimiento Estadístico Territorial. 2014. [Citado el 25 de Octubre del 2017]. Disponible desde: http://www.dane.gov.co/

59. Ortells N, Paguina M. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. Enferm. glob. 2012; 11(26): 184-190.

60. Gabriel C, da Costa M, Rocha F, Bernardes A; Miguelaci T, Prado M. Utilización de indicadores de desempeño en servicio de enfermería de hospital público. Rev. Latino-Am. Enfermagem. sep. -oct. 2011;19(5):1-9

61. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. En: Elsevier Mosby, editores. Barcelona; 2011. P 91-150

62. Arruda C, Silva D. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. Rev. bras. enferm. 2012 Oct;65(5):758-766.

63. Potter D, Fogel J. Nurse caring a review of the literatura. IJANS.2013;2(1):40-45.

64. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. Perception of humanization of birth in a highly specialized hospital: let's think differently. Health Care Women Int. 2014 Feb;35(2):127-48

65. Muñoz M, Zea M. Necesidad de cuidados culturalmente congruentes en personas con enfermedad cardiovascular al final de la vida. Enfermería: Cuidados Humanizado. 2017 Jun;6(1):25-36

66. González D, Álvarez D, Sánchez C. Levantamento das necessidades de famílias de pacientes que receberam alta da unidade de terapia intensiva. Rev. cien. cuidad. 2014; 11(2): 46-58

67. Bautista L, Arias M, Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1297-1309.

68. Miqueletto M, Silva L, Figueira CB, Santos M, Szylit R, Ichikawa C. Espiritualidade de famílias com um ente querido em situação de final de vida. Rev Cuid. 2017; 8(2): 1616-27

69. Sanz M, Garrido L, Caro C. Factores que influyen en la satisfacción del paciente de diálisis con enfermería. Enferm Nefrol. 2017 enero-marzo; 20(1):66-75

70. Grisales-Naranjo L, Arias-Valencia M. Humanized care; the case of patients subjected to chemotherapy. Invest Educ Enferm. 2013;31(3): 364-376.

71. Alonso J. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. Ciência & Saúde Coletiva. 2013 Sep; 18(9): 2541-2548

72. Lopera M. Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function. Invest Educ Enferm. 2015; 33(2): 297-304.

73. Locsin R, Kongsuwan W. Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand. Nurs Crit Care. 2013 Jul;18(4):200-211

74. Suliman W, Welmann E, Omer T, Thomas L. Applying Watson's Nursing Theory to Assess Patient Perceptions of Being Cared for in a Multicultural Environment. Journal of Nursing Research. 2009 Dic;17(4):293-300

75. Salgado J, Valenzuela S, Saez K. Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. Cienc. enferm. 2015 Abr; 21(1): 69-79.

76. Padillha K, Barbosa R, Andolhe R, Oliveira E, Ducci A, Bregalda R, Dal Secco L. Carga de trabalho de enfermagem, estresse/burnout, satisfação e incidentes em unidade de tratamento intensivo de trauma. Texto Contexto Enferm. 2017; 26(3): 2-8

77. Lopera M, Forero C, Paiva L, Cuartas V. El quehacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1262-70.

78. Beltrán-Salazar O. Healthcare institutions do not favor care. Meaning of humanized care for people directly participating in it. Invest Educ Enferm • Invest Educ Enferm. 2014;32(2):194-205

79. Vieira L, Mafra L. Humanização hospitalar e violência simbólica: a percepção das mães em UTIs Neonatais. Tempus, actas de saúde colet. 2016 Sep;10(3): 99-114

80. Leite R, Brito E, Silva L, Palha P, Ventura C. Access to healthcare information and comprehensive care: perceptions of users of a public service. Interface (Botucatu).2014 Dec; 18(51): 661-672

81. Reis L, Silva E, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto F. Humanization of healthcare: perception of a nursing team in a neonatal and paediatric intensive care unit. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):118-124.

82. Silva F, Chernicharo I, Silva R, Ferreira M. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. Esc Anna Nery. 2012 out - dez;16(4):719- 727

83. Figueiredo T, Gomes G, Oliveira P, Pintanel A, Xavier D, Farias D. Nursing care to children in pediatric unit: Perception of family. JONSE. 2014; 1(2):127-135

84. Hernández L, Zequeira D, Miranda A. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Rev Cubana Enfermer. 2010:26(1)30-41

85. Sanches R, Gerhardt P, Rêgo A, Carreira L, Pupulim J, Radovanovic C. Health professionals' perceptions about humanization care. Esc. Anna Nery R. Enferm. Bra. 2016 Jan-Mar; 20(1): 48-54

86. Puerta A, Gaviria D, Duque S. Tiempo requerido de enfermería para un cuidado con calidad. Investig Enferm Imagen Desarr. 2017;19(2):145-59.

87. Horiuchi S, Shimpuku Y, Iida M, Nagamatsu Y, Eto H, Leshabari S. Humanized childbirth awareness-raising program among Tanzanian midwives and nurses: A mixed-methods study. IJANS. 2016; 5:9-16

88. Albano M, Correa I. Lectura de cuentos infantiles como estrategia de humanización en el cuidado del niño encamado en ambiente hospitalario. Invest Educ Enferm. 2011;29(3):370-380

89. Silva R, Freitas F, Araujo F, Ferreira M. A policy analysis of teamwork as a proposal for healthcare humanization: implications for nursing. Int Nurs Rev. 2016 Dec;63(4):572-579.

90. Beltrán O. The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. Invest Educ Enferm. 2016; 34(1): 18-28

91. Durgun O, Okumuş H. Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial. J Caring Sci. 2017 Jun 1;6(2):95-109.

92. Favero L, Meier M, Lacerda M, Mazza V, Kalinowski L. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. Acta paul. enferm. 2009; 22(2): 213-218.

93. Pajnkihar M, Štiglic G, Vrbnjak D. The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. PeerJ. 2017 Feb;7(5):e2940.

94. He J, Hu D, Liu Y, Wu L, Liua L. Study of the effect of humanistic nursing care model wards in Children Caring Ward School on the nurses' caring ability. Chinese Nursing Research. 2016 March ;3 (1): 45-47

95. Tektaş P, Çam O. The Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on the Mental Health of Pregnant Women After a Pregnancy Loss. Arch Psychiatr Nurs. 2017 Oct;31(5):440-446.

96. Castañeda C, Orozco M, Rincón G. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. Hacia promoc. salud. 2015; 20(1): 13-34.

97. Youssef H, Mansour M, Ayasreh I, Mawajdeh N. A Medical-Surgical Nurse's Perceptions of Caring Behaviors among Hospitals in Taif City. Life Science Journal.2013; 10(4):720-730

98. Potter D, Fogel J. Nurse Caring: A Review of the Literature. Int. J. Adv. Nurs. Stud, 2013 feb; 2 (1):40-45

99. Romero E, Contreras I, Pérez Y, Moncada A, Jiménez V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. Rev. Cienc. Biomed. 2013; 4(1): 60-68

100. Bautista-Rodríguez L, Parra-Carrillo E, Arias-Torres K, Parada-Ortiz K, Ascanio-Meza K, Villamarin-Capacho M. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. Rev. cienc. cuidad. 2015; 12(1): 105-118.

101. Romero E, Contreras I, Moncada A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 26-36.

102. González D. Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Estudiantes de Enfermería. Actual. Enferm. 2014; 17(2):14-21

103. Romero-Massa E, Contreras-Méndez I, Pérez-Pájaro Y, Moncada Anny, Jiménez-Zamora V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Rev.cienc.biomed. 2013;4(1):60-68

104. González-Ruiz G, Oviedo-Córdoba H, Bedoya-Idrobo L, Benavides-Peñaloza G, Dalmero-Arvilla N, Vergara-Ascanio C. Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Fernando Troconis, Santa Marta. Memorias.2013; 11(20): 31-39.

105. Hermosilla A, Mendoza R, Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Index Enferm. 2016; 25(4): 273-277

106. Kurcgant P, Rizatto D, Melleiro M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. Acta paul. enferm. 2006 Mar; 19(1): 88-91.

107. Gama A, Saturno-Hernández P, Ribeiro D, Freitas M, Medeiros P, Batista A *et al*. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(9): e00026215.

108. Veiga T, Coutinho S, Andre S, Mendes A, Takayanagui A. Building sustainability indicators in the health dimension for solid waste management. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2732

109. Posos-González M, Salazar-Mejía A, Leticia Ramírez-Tabales C, Cortés-Poza D, López-Alvarenga J, Téllez-Ortiza S, García-Floresa M. Lecciones aprendidas en la construcción del instrumento de evaluación "FIME" (Formato Indicador Método de Enfermería). Rev Med Hosp Gen Méx. 2011; 74(3):118-126

110. Silveira T, Prado J, Siman A, Amaro M. The importance of using quality indicators in nursing care. Rev Gaúcha Enferm. 2015 jun;36(2):82-8.

111. Tonin N, Lacerda M, Favero L, Gomes I, Martinez D. Guide to deliver the elements of the Clinical Caritas Process. Esc. Anna Nery. 2017; 21(4): e20170034.

112. I Lee, Wang H. Preliminary Development of Humanistic Care Indicators for Residents in Nursing Homes: A Delphi Technique. Asian Nurs Res, 2014; ;8(1): 75-81

113. Papalia D, Wendkos S. Psicología. México D.F. McGraw Hill; 1998.

114. Vasilachis I, Ameiogeiras A, Chernobilsky L, Giménez V, Mllimaci F, Mendizabal N, Neiman G, Quaranta G, Soneira A. Estrategias de investigacion cualitativa. Barcelona España, Gedisa Editorial; 200

115. Andrew S, Halcomb E. Mixed methods research for nursing and the health sciences. Wiley-Blackwell. United Kingdom. 2009

116. Guirao S.Utilidad y tipos de revisión de literatura. Ene. 2015; 9(2).

117. Aguilar L, Castellanos M. Adaptación Lingüístico-Cultural de una Escala Argentina de Perfeccionismo Infantil al Contexto Venezolano. Revista Electrónica de Metodología Aplicada. 2016; 21(2):1-32

118. Rivero E, González L, Bayarre H. Validación y adaptación lingüística-cultural del Instrumento World Health Organization Quality of Live Bref (WHOQOL) en mujeres de edad mediana. Párraga, La Habana. 2013-2014. Rev Cubana Enfermer. 2017;32(4): 126-139

119. Ramada-Rodilla José María, Serra-Pujadas Consol, Delclós-Clanchet George L. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Salud pública Méx. 2013 Feb; 55(1): 57-66

120. Congost-Maestre N. La Validación Lingüística en los Principales Cuestionarios de Salud y Calidad de Vida. Lebende Sprachen. 2015; 60(2): 307-325.

121. Oviedo H, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coefciente alfa de Cronbach. Rev. colomb. psiquiatr. 2005; 34 (4): 572-80.

122. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Recolección de los datos. En: Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 3ª edición. México: Mc Graw Hill 2003; 342-482.

123. Cardona-Arias J, Ospina-Franco L, Eljadue-Alzamora A. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del whoqol-bref y el mossf-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 33(1):50-57

124. Bonilla-García M, López-Suárez A. Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. Cinta de moebio. 2016; (57): 305-315

125. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2° edición. Colombia: Editorial Univerisdad de Antioquia. 2012; 13-16

126. Benavides M, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. rev.colomb.psiquiatr. 2005 Mar; 34(1): 118-124.

127. Pineda E, De Alvarado. Metodología de la Investigación. 3° Ed. Washington, DC: OPS; 2008. 134-135 p.

128. Reina N, Vargas R. Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado". Av. Enferm. 2008 Dec; 26(2): 71-79.

129. Cisterna F. Métodos de investigación cualitativa en educación. Guía teórico -práctica 1°Ed. Chile: Universidad del Bío Bío; 2000.

130. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. Res Nurs Health. 1995; 18: 179-183.

131. Sandín M.Criterios de validez en la investigación cualitativa de la objetividad a la solidaridad. RIE. 2000;18(1):223-242

132. Suárez F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones: la propuesta de ezekiel j. emanuel. pers.bioét. 2015 July; 19(2): 182-197

133. Sáez Godoy, L. El léxico del dialecto chileno: Diccionario de uso del español de Chile DUECh. Estudios Filológicos. 2012; (49):137-155.

134. Sadowsky S, Martínez R. 2012. Lista de Frecuencias de Palabras del Castellano de Chile (Lifcach). Versión 2.0. Base de datos electrónica. Disponible en: http://sadowsky.cl/lifcach.html Consulta: Julio 30, 2017.

135. Oyanedel M, Samaniego J. Notas para un nuevo perfil lingüístico del español de Santiago de Chile. Boletín de Filología. 1998. 37(2): 899-913

136. Arús, J. Perspectiva sistémico-funcional de los usos de 'se' en español. Revista Signos. 2006; 39 (61): 131-159.

137. Grande F. La cortesía verbal como reguladora de las interacciones verbales. ASELE, Actas XVI. 2005; 332-342.

138. Frías-Navarro D. Análisis de fiabilidad de las puntuaciones de un instrumento de medida. Alfá de Cronbách: un coeficiente de fiabilidad. [Internet] España:2014; Universidad de Valencia [Citado el 14 de Marzo del2018] Disponible desde: https://www.uv.es/friasnav/ApuntesSPSS.pdf

139. Urra M, Jana A, García M. algunos aspectos esenciales del pensamiento de jean watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. enferm. 2011 Dic; 17(3): 11-22.

140. Kalisch B, Landstrom G, Hinshaw A. Missed nursing care: a concept analysis. J Adv Nurs.2009; 65(7):1509-1517

141. Departamento de estudios sociales. Estratificación Socioeconómica en Encuestas de Hogares. [Internet] Chile:2011; Instituto Nacional de Estadísticas [Citado el 14 de Marzo del 2018] Disponible desde: historico.ine.cl/canales/menu/publicaciones/estudios_y_documentos/documentostrabajo/estratificacion_socioeconomica_encuestas_hogares.pdf

142. Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. La matriz de la desigualdad social en América Latina. [Internet] Santo Domingo:2016; CEPAL [Citado el 14 de Marzo del2018] Disponible desde: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40668/4/S1600946_es.pdf

143. Ledón L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Rev Cubana Salud Pública. 2011 Dic; 37(4): 488-499.

144. Martínez-Montilla J, Amador-Marín B, Guerra-Martín M. Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. Enferm. glob. 2017; 16(47): 576-604.

145. Rodríguez L, Parra-Carrillo E, Arias-Torres K, Parada-Ortiz K, Ascanio-Meza K, Villamarin-Capacho M, *et al*. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. Rev. cienc. cuidad. 2015; 12(1): 105-118.

146. Carvajal G, Laverde O, Escobar M, Jaimes N, Arroyo L. Ambiente de la práctica de enfermería y resultados del cuidado. Index Enferm. 2016 Jun; 25(1-2): 14-17.

147. Figueiredo B, Couto H, Menezes M, Alves M. La enfermería en hospital en proceso de acreditación: su papel y las consecuencias en el trabajo diario. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012 Ene-Feb; 20(1):1-8

148. Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital ESSALUD HUACHO. Cienc. Desarro.2011;13(5):53-61

149. Silva-Fhona J, Ramón-Cordova S, Vergaray-Villanueva S, Palacios-Fhon V, Partezani-Rodrigues R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Enferm. Univ. 2015 Apr-Jun;12(2):80-87

150. Palomino P, Grande M, Linares M. La salud y sus determinantes sociales desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. RIS. 2014 Jun;72(1):71-91

151. Lenis-Victoria C, Manrique-Abril F. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. Aquichán. 2015 July; 15(3): 413-425.

152. Rodríguez-Jiménez S, Cárdenas-Jiménez M, Pacheco-Arce A. L, Ramírez-Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Enferm. univ. 2014 Dic; 11(4): 145-153.

153. Espinosa Á, Enríquez C, Leiva F, López M, Castañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. Cienc. enferm. 2015 Ago; 21(2): 39-49.

154. González-Escobar D, Álvarez-Yañez D, Sánchez-Palencia C. Inventario de necesidades de los familiares de los pacientes egresados de la unidad de cuidado intensivo. Rev. cien. cuidad. 2014; 11(2): 46-58.

155. Flores M, Vanoni G. Competencias directivas requeridas por los CEO ante la complejidad de las organizaciones del siglo XXI. Suma de Negocios. 2016 Jul–Dec;7(16):113-124

156. Lombana J, Cabeza L, Castrillón J, Zapata A. Formación en competencias gerenciales. Una mirada desde los fundamentos filosóficos de la administración. Estudios Gerenciales. 2014 Jul-Sep; 30 (132):301-313

157. Irigoin M, Vargas F. Competencia laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. 1° edición. Montevideo: Cinterfor, 2002.

158. Espinosa A, Enríquez C, Leiva F, López M, Castañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. Cienc. enferm. 2015 Ago; 21(2): 39-49.

159. Ibarra T, González J. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Index Enferm. 2006; 15(55): 44-48.

160. Osorio-Merchán M, López A. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Index Enferm . 2008 Dic; 17(4): 266-270.

161. Bernales M, Pedrero V, Obach A, Pérez C. Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. Rev med Chile 2015 Mar; 143(3): 401-402

162. Guirardello E. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2884

163. Silva F, Chernicharo I, Silva R, Ferreira M. Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. Esc. Anna Nery. 2012 Dec; 16(4): 719-727

164. Ávila-Morales J. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia. 2017 Apr; 30(2): 216-229.

165. Bermejo J. Humanizar la salud: Humanización y relación de ayuda en enfermería. 1°Ed. España: San Pablo,1997

166. Tamayo O, Zona R, Loaiza Y. El pensamiento crítico en la educación. Algunas categorías centrales en su estudio. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. 2015;11(2):111-133

167. Castañeda C, Orozco M, Rincón G. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. Hacia promoc. salud. 2015; 20(1): 13-34

168. Guerrero S, Montoya-Juárez R, Hueso-Montoro C. Experiencia de enfermedad del personal de enfermería: estudio cualitativo a través del relato biográfico. Index Enferm. 2014 Jun; 23(1-2): 56-60.

169. Beltrán-Salazar O. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichán. 2009 Jan; 9(1): 27-37

170. Santiago E, Vargas E. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. av.enferm. 2015 Sep; 33(3): 381-390

171. Jiménez L, Valdés J, Álvarez M. Indicadores de calidad. [Internet] Chile:2016; Superintendencia de Salud [Citado el 28 de Mayo del 2018] Disponible desde: www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14437_recurso_1.pdf

172. Gálvez M, Gómez J, Martín M; Ferrero M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. Med Segur Trab. 2017;63(247):103-19

173. Ramírez-Valdivia M, Mendoza-Alonzo J, Moraga-Pumarino A, Desarrollo de un indicador de la calidad de atención en Centros de Salud Familiar para la medición de la eficiencia técnica. Ingeniería y Desarrollo. 2015 Jun-Dic; 33(2): 238-359.

174. Gil-Borrelli C, Latasa R, Alemán G. Elaboración de una herramienta para la vigilancia de indicadores de calidad de la docencia en la formación especializada de Medicina Preventiva y Salud Pública. Gac Sanit. 2015 Oct; 29(5): 387-389.

175. Sánchez M. Indicadores de gestión hospitalaria. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. 2005 Jun; 18(2): 132-141

ANEXOS

Anexo A: Acuerdo de recepción y uso de instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3° versión".

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL INSTRUMENTO: PERCEPCION DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA PCHE 3ª VERSION

Con el presente acuerdo las(os) receptoras(es) del INSTRUMENTO: **PERCEPCION DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA PCHE 3ª VERSION**

Reciben autorización para su uso en la Investigación: "Percepción de Cuidado Humanizado entregado por enfermeras y Enfermeras en Ad. Reyes" Edit., 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- 3ª versión-",** es el producto del proceso de validación facial y de contenido del Instrumento: **"Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE -1ª y 2ª versión-",** de autoría de la enfermera Luz Nelly Rivera y el enfermero Álvaro Triana, a partir de una investigación en la Clínica del Country, Bogotá-Colombia, en 2005. La adaptación y medición de la confiabilidad del instrumento PCHE en su tercera Versión fue desarrollada en el marco de la tesis de maestría, por el enfermero Oscar Javier González Hernández, en la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

2. Las(os) receptoras(es) del instrumento: docente(s), estudiantes y/o enfermeras(os): Patricia Sara Concha (Dra. guía de tesis). Angelica Rubio Rodriguez (Mg. estudiante Doctorado), se comprometen a citar el origen y recorrido del Instrumento **"PERCEPCION DE COMPORTAMIENTO DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA PCHE 3ª VERSION"** en cualquier informe, publicación o evento en el que se utilice.

3. El instrumento: **"PERCEPCION DE COMPORTAMIENTO DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA PCHE 3ª VERSION",** es cedido con el propósito académico e investigativo, y excluye cualquier uso comercial.

4. El instrumento **"PERCEPCION DE COMPORTAMIENTO DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA PCHE 3ª VERSION",** debe presentarse y aplicarse estrictamente acogiendo su formato (logo de la Universidad Nacional de

Carrera 30 No 45 - 03, **TORRE DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, piso 9, Oficina 901
Conmutador (57-1) 316 5000 Ext. 17011 – 17081
Correo electrónico: trivenca@unal.edu.co
afriana@unal.edu.co; eugeciancho@unal.edu.co
Bogotá, Colombia, Sur América

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Colombia, autores, instructivo de aplicación, orden de los ítems, pregunta abierta). Y en la eventualidad de que se precise una modificación en cuanto a nombre, a la semántica de los ítems, a forma y contenido del instrumento **"PERCEPCION DE COMPORTAMIENTO DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA PCHE 3ª VERSION"**, debe ser conocido y autorizado por los autores del instrumento, de manera previa a la aplicación del mismo.

5. El instrumento **"PERCEPCION DE COMPORTAMIENTO DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA PCHE 3ª VERSION"**, no podrá ser reproducido ni presentado en los trabajos académicos resultantes de la investigación (entiéndase como tesis de grado, artículos, libros, capítulos de libros, ponencias). En caso de precisar su utilización, los(as) posibles investigadores han de dirigirse a los autores del instrumento.

6. Los resultados del uso del instrumento: **"PERCEPCION DE COMPORTAMIENTO DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA PCHE 3ª VERSION"**, serán entregados de forma escrita y detallada, al finalizar la investigación: "Percepcion de Cuidado Humanizado entregado por enfermeras y enfermeros en Adultos Negros Sede Yumbo Valle. Chile" a los autores del instrumento.

7. Se solicita que todos los(as) investigadores (entiéndase por director(a) de tesis, estudiantes y/o enfermeras/os) firmen el presente acuerdo, teniendo en cuenta que éste compromete ética y legalmente a las partes.

Dado en Bogotá D.C., el _____

Firman en conformidad:

En calidad de autores:

_____
LUZ NELLY RIVERA ALVAREZ
Enfermera. Mg en Enfermeria. PhD en Educación y Sociedad.

Carrera 30 No.45 - 03, **TORRE DE ENFERMERIA**, Edificio 101, piso 9, Oficina 901
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17011 – 17081
Correo electrónico: [illegible]
[illegible]
Bogotá, Colombia, Sur América

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ALVARO TRIANA
Enfermero

OSCAR JAVIER GONZALEZ HERNANDEZ
Enfermero. Mg. en Enfermería.

En calidad de investigadores:

PATRICIA JARA CONCHA
Profesor(a) director(a) Trabajo de investigación
Nombre:
Documento identidad: 7.681.241-1
Cargo: PROFESOR TITULAR
Institución: UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

Angélica Mehta Rodríguez
Nombre:
Documento identidad: 13.534.298-K

Nombre:
Documento identidad:

Nombre:
Documento identidad:

Carrera 30 No.45 - 03, **TORRE DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, piso 9, Oficina 901
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17011 – 17081
Correo electrónico: trivenas@unal.edu.co
atriana@unal.edu.co; pregradoenfermeria@unal.edu.co
Bogotá, Colombia, Sur América

Anexo B: Autorización de uso instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3° versión".

ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL INSTRUMENTO:
"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"

Con el presente acuerdo las(os) receptoras(es) del INSTRUMENTO: "**PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**

Reciben autorización para su uso en la Investigación: "Construcción de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales IXª Región, Chile", 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- 3ª versión-"**, es el producto del proceso de validación facial y de contenido del Instrumento: "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE - 1ª y 2ª versión -"**, de autoría de la enfermera *Luz Nelly Rivera* y el enfermero *Álvaro Triana*, a partir de una investigación en la Clínica del Country, Bogotá – Colombia, en 2005. La adaptación, validez y medición de la confiabilidad del instrumento PCHE en su tercera Versión fue desarrollada en el marco de la tesis de maestría, por el enfermero *Oscar Javier González Hernández*, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en 2013.

2. Las(os) receptoras(es) del instrumento: docente(s), estudiantes y/o enfermeras(os): Patricia Sara Poncha J Angelica Pulite Rodríguez., se comprometen a citar el origen y recorrido del Instrumento **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"** en cualquier informe, publicación o evento en el que se utilice.

3. Los autores del instrumento PCHE 3ª. Versión, una vez revisado el anteproyecto del presente estudio, estiman la viabilidad, coherencia y pertinencia del instrumento con los objetivos y metodología del estudio. En consecuencia, se autoriza su aplicación. Como también se garantiza el principio de confidencialidad delante del anteproyecto enviado.

4. El instrumento: **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, es cedido con el propósito académico e investigativo, y excluye cualquier uso comercial.

5. El instrumento **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, debe presentarse y aplicarse estrictamente acogiendo su formato (sin ningún logo o distintivo de alguna institución, mencionando los autores, el instructivo de aplicación y manteniendo el orden de los

Material elaborado por: Rivera, L.N. & Triana, A. (2014). Patrimonio moral e intelectual de los autores.
Prohibida su reproducción.
Correos electrónicos: lnrivera@ucal.edu.co; atriana@ucal.edu.co

ítems y la pregunta abierta). Y en la eventualidad de que se precise una modificación en cuanto a nombre, a la semántica de los ítems, a forma y contenido del instrumento **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN",** debe ser conocido y autorizado por los autores del instrumento, de manera previa a la aplicación del mismo.

6. El instrumento **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, no podrá ser reproducido ni presentado en los trabajos académicos resultantes de la investigación (entiéndase como artículos, libros, capítulos de libros, ponencias), excepto en las tesis de grado. En caso de precisar su utilización, los(as) posibles investigadores han de dirigirse a los autores del instrumento.

7. Los resultados del uso del instrumento: **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, serán entregados de forma escrita y detallada en un documento en pdf, al finalizar la investigación: "Construcción de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en Hosp. de la Cruz Roja Chile". a los autores del instrumento.

8. Se solicita que todos los(as) investigadores (entiéndase por director(a) de tesis, estudiantes y/o enfermeras/os) firmen el presente acuerdo, teniendo en cuenta que éste compromete ética y legalmente a las partes.

Dado en Bogotá D.C., el 11 de agosto del 2015

Firman en conformidad:

En calidad de autores:

LUZ NELLY RIVERA ALVAREZ
Enfermera. Mg en Enfermería. PhD en Educación y Sociedad.

ÁLVARO TRIANA
Enfermero

Material elaborado por: Rivera, L.N. & Triana, A. (2014). Patrimonio moral e intelectual de los autores. Prohibida su reproducción.
Correos electrónicos: lnriveraa@unal.edu.co; altriana@unal.edu.co

En calidad de investigadores:

Profesor(a) director(a) Trabajo de investigación
Nombre: Patricia Jara Concha
Documento identidad: 7.681.241-1
Cargo: Profesor Titular
Institución: Universidad de Concepción
Correo electrónico: pjara@udec.cl

Angélica Melita Rodríguez

Nombre:
Documento identidad: B534298-K.
Correo electrónico: amelita@udec.cl.

Nombre:
Documento identidad:
Correo electrónico:

Nombre:
Documento identidad:
Correo electrónico:

Nombre:
Documento identidad:
Correo electrónico:

Nombre:
Documento identidad:
Correo electrónico:

Material elaborado por: Rivera, L.N. & Triana, A. (2014). Patrimonio moral e intelectual de los autores. Prohibida su reproducción.
Correos electrónicos: lnriveraa@unal.edu.co; atriana@unal.edu.co

Anexo C: Correo electrónico con autorización de autora de instrumento PCHE.

lnriveraa@unal.edu.co

Mover a Recibidos | Más | 4 de 10

Cordial saludo,
Hemos recibido el acuerdo de uso del PCHE 3a versión. Respecto a la inquietud planteada, el grupo ha discutido respecto a la reproducción de los instrumentos en el apartado de los anexos de las tesis, teniendo en cuenta que estos son solicitados en las tesis de Maestría y de Doctorado; por tal motivo acordamos que el punto n°5 queda formaulado para su investigación doctoral, así

"5. El instrumento **"PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"**, no podrá ser reproducido ni presentado en los trabajos académicos resultantes de la investigación (entiéndase como artículos, libros, capítulos de libros, ponencias), excepto en las tesis de grado. En caso de precisar su utilización, los(as) posibles investigadores han de dirigirse a los autores del instrumento."

Por último, adjunto el instrumento PCHE en su 3a. versión. Para mediados de junio les estaremos enviando la documentación relacionada con análisis de categorías y definición de las mismas, las cuales en este momento estamos reestructurando y validando como autores.

Muy atentamente,

Luz Nelly Rivera Alvarez
Enfermera, Mg, PhD en Educación
Profesora asociada
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
Tel (9-571) 3165000 ext 17011 / 17081

Anexo D: Instrumento fase cuantitativa: "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3ª versión"

INSTRUMENTO "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) 3ª VERSIÓN"

Estimado(a) señor(a): A continuación le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería). En frente a 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	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Le hacen sentir como una persona				
2. Le tratan con amabilidad				
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
4. Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes				
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted				
7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted				
8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan				
9. Le facilitan el diálogo				
10. Le explican previamente los procedimientos				
11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas				
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13. Le dedican el tiempo requerido para su atención				
14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud				
15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
16. Le llaman por su nombre				
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores				

18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20. Le manifiestan que están pendientes de usted				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22. Responden oportunamente a su 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. Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico				
28. Le demuestran que son responsables con su atención				
29. Le respetan sus decisiones				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31. Le respetan su intimidad				
32. Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico				

En este espacio señale aquellos comportamientos del personal de enfermería que a su modo de ver son importantes para su atención y que no se muestran en este instrumento:

Instrumento elaborado y validado en su 1ª y 2ª versión por los enfermeros Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana. La validez y confiabilidad de la 3ª versión realizada por el enfermero Oscar J. González H. Bogotá, Colombia. 2013

Anexo E: Instrumento adaptado lingüísticamente y validado para ser aplicado en población Chilena.

INSTRUMENTO: "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) MODIFICADO PARA POBLACIÓN CHILENA

Estimado(a) señor(a):
A continuación, presentamos una serie de afirmaciones que describe los comportamientos de cuidado de enfermeras y enfermeros.
Marque con una X la frecuencia que usted observó estos comportamientos durante su hospitalización:

ITEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Durante su hospitalización, las enfermeras y enfermeros ...				
1. Lo (la) hicieron sentir como persona				
2. Lo (la) trataron con amabilidad				
3. Se mostraron interesados por brindarle comodidad durante su hospitalización.				
4. Lo(la) miraron a los ojos cuando le hablaban				
5. Le dedicaron tiempo para aclarar sus inquietudes				
6. Lo(la) hicieron sentir bien atendido(a) cuando conversaban con usted				
7. Lo(la) hicieron sentir tranquilo(a), cuando estaban con usted				
8. Le daban confianza cuando cuidaban de usted.				
9. Le fue fácil comunicarse con la enfermera(o).				
10. Le explicaron previamente los procedimientos que le iban a realizar				
11. Respondieron sus preguntas con seguridad y claridad				

Instrumento elaborado y validado en su 1° y 2° versión por los enfermeros Lux Nelly Rivera y Álvaro Triana. 3° versión del instrumento, validada por Óscar J. Gonzalez H. (Bogotá, Colombia, 2013). 4° versión para validar en población chilena, elaborada por el doctor en Lingüística, Daniel Ignacio Pereira, y la doctora © en Enfermería, Angélica Molita R. (Concepción, Chile, 2016).

12. Se identificaron con su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13. Le dedicaron el tiempo adecuado para su atención.				
14. Le dieron explicaciones sobre su atención cuando usted lo pidió				
15. Le explicaron los cuidados que le brindaron, usando un tono de voz pausado				
16. Lo(la) llamaron por su nombre				
17. Demostraron respeto por sus creencias y valores				
18. Atendieron oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19. Le proporcionaron información suficiente y oportuna para que usted pudiera tomar decisiones relacionadas con su salud.				
20. Sintió que estaban pendientes de usted				
21. Le permitieron expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y su tratamiento				
22. Respondían oportunamente a su llamado				
23. Lograron identificar sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales				
24. Lo(la) escucharon atentamente				
25. Le preguntaron y se preocuparon por su estado de ánimo				

Instrumento elaborado y validado en su 1° y 2° versión por los enfermeros Lux Nelly Rivera y Álvaro Triana. 3° versión del instrumento, validada por Óscar J. Gonzalez H. (Bogotá, Colombia. 2013). 4° versión para validar en población chilena, elaborada por el doctor en Lingüística, Daniel Ignacio Pereira, y la doctora © en Enfermería, Angélica Melita R. (Concepción, Chile, 2016).

26. Le otorgaron un cuidado cálido y acogedor				
27. Lo(la) ayudaron a manejar su dolor físico				
28. Se mostraron responsables en su atención				
29. Se mostraron respetuosos por sus decisiones				
30. Le dijeron que, cuando quisiera algo, usted los podía llamar				
31. Respetaron su intimidad física.				
32. Le dieron a tiempo los medicamentos indicados				

Por último, señale otros comportamientos de enfermería que, a su modo de ver, son importantes para su atención y que no se consideraron en esta encuesta.

_____

_____

_____

_____

_____

"Le agradecemos por haber respondido esta encuesta"

Instrumento elaborado y validado en su 1° y 2° versión por los enfermeros Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana. 3° versión del instrumento, validada por Óscar J. Gonzalez H. (Bogotá, Colombia. 2013). 4° versión para validar en población chilena, elaborada por el doctor en Lingüística, Daniel Ignacio Pereira, y la doctora © en Enfermería, Angélica Melita R. (Concepción, Chile, 2016).

Anexo F: Operacionalización de variables fase cuantitativa de la investigación

La operacionalización de la variable “percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”, se realizó a través de la categorización que entrega el instrumento “percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería PCHE” versión adaptada para ser utilizada en Chile, en donde las opciones de respuesta son:

Siempre	El 100 % de las veces, usted percibió ese comportamiento de cuidado humanizado por parte de la enfermera(o) de la sala.
Casi siempre	Más del 50% de las veces usted percibió ese comportamiento de cuidado humanizado pro parte de la enfermera(o) de la sala.
Algunas veces	Menos del 50% de las veces usted percibió ese comportamiento de cuidado humanizado por parte de la enfermera(o) de la sala.
Nunca	Jamás percibió ese comportamiento de cuidado humanizado por parte de la enfermera(o) de la sala.

La operacionalización de las variables sociodemográficas de la fase cuantitativa, quedo constituida de la siguiente manera:

Edad	Edad en años hasta la fecha de la aplicación del instrumento
Sexo	Condición biológica de ser hombre o mujer, se estipula según información aportada por paciente. • Hombre • Mujer
Procedencia	Comuna (municipio) de residencia: • Tomé • Penco • Talcahuano • Concepción • Otros
Días de hospitalización	Número de días que lleva hospitalizado en la unidad al día de la aplicación del instrumento.
Nivel educacional:	Ultimo año cursado en educación formal: • Sin educación formal • Educación básica • Educación media • Técnica • Universitaria
Ingresos mensuales	Cantidad de dinero en pesos chilenos a recibir en un mes: • Menor a 100 mil pesos • Entre 101 a 300 mil pesos • Entre 301 a 500 mil pesos • Entre 501 a 1 millón de pesos • Más de 1 millón de pesos
Condición de pareja	Presenta una relación afectiva con otra persona (sin vínculo sanguíneo) con la cual convive. • Con pareja • Sin pareja

Anexo G: Operacionalización de variables socio laborales de enfermeras(os), en fase cualitativa de la investigación

Edad	Edad en años hasta la fecha de la aplicación del instrumento
Años de experiencia laboral	Número de años que presenta trabajando como enfermera(o).
Años trabajando en la temática de los cuidados humanizados	Número de años que lleva: Trabajando en investigaciones ligadas al Cuidado humanizado. Que pertenece a un grupo de cuidado humanizado (ya sea de investigación o de apoyo a pacientes y/o familiares de personas con alguna enfermedad).
Área del quehacer de enfermería en la cual se desempeña	Lugar en el cual trabaja: Docencia Docencia y asistencial Asistencial (especificar: unidad de cuidado intensivos, unidad de oncología o cuidados paliativos, unidad de diálisis Y/O trasplante renal-procuramiento, unidad de neonatología, unidad de pediatría.)
Número de investigaciones realizadas en la temática de los cuidados humanizados.	Número de investigaciones que ha realizado o en las que ha participado a la fecha de la entrevista.

Anexo H: Carta de autorización comité de ética de la Facultad de Enfermería Universidad de Concepción.

FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Concepción, Abril, 12, de 2016

Ref: Resolución N° 014-16

Sra.
Angélica Melita Rodríguez
Tesista Programa Doctorado en Enfermería
Facultad de Enfermería
Presente

De mi consideración,

Junto con saludarle, la presente es para informarle acerca de la evaluación de su Proyecto de Investigación, titulado "Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bío-Bío, Chile", enviado al Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción. La revisión del proyecto fue realizada por las integrantes del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería, profesoras Dra Maritza Espinoza; Dra. Patricia Cid H., Dra Adriana Ribeiro y quien suscribe.

En base a la evaluación especifica del protocolo de estudio así como de sus anexos, entre los que incluye el Consentimiento Informado, la conclusión de este Comité respecto del Protocolo de Investigación presentado es: Aprobado.

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Dra. Olivia Sanhueza Alvarado
Presidenta Comité Ético Científico
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

cc: Dra. Sandra Valenzuela S.: Directora Postgrado Facultad de Enfermería.
Archivo Comité Ético Científico Facultad Enfermería, 2016.

Anexo I: Acta de Aprobación Comité Ético Científico Servicio de Salud Talcahuano.

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO SST
www.cec.chuano.cl/cec.cl

Talcahuano, 27 MAY 2016

ACTA DE EVALUACION
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, acreditado y cumpliendo con las Buenas Prácticas Clínicas, conformado por:

- **Dra. Patricia Marcela Cortés Jofré**, Epidemióloga Clínica, Químico Farmacéutico, Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Presidenta Comité Ético Científico SST.
- **Dra. Natalia Marín Neira**, Médico, Auditora Dirección Servicio de Salud Talcahuano, Vicepresidenta Comité Ético Científico SST.
- **Dr. Álvaro Llancaqueo Valeri**, Médico Medicina Interna, Infectóloga, Hospital Las Higueras.
- **D. Álvaro Sepúlveda Sanhueza**, Abogado, Académico Universidad Católica Santísima Concepción.
- **Dr. Wladimir Hermosilla Rubio**, Médico Psiquiatra, Hospital Las Higueras.
- **Dr. Reinaldo Neira Charlin**, Médico Psiquiatra, Hospital de Tomé y Hospital Penco-Lirquén.
- **Dr. Rodrigo Concha Navarrete**, Médico, Atención Abierta, Hospital de Tomé.
- **Dr. Jaime Quintana Vaccaro**, Médico, Hospital Las Higueras.
- **Dra. Liliana Lamperti Fernández**, Bioquímico, Académico Depto. Bioquímica e Inmunología, Facultad de Farmacia, Universidad de Concepción.
- **D. Adriana Ribeiro Alves**, Abogada, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Concepción.
- **Dra. María Belén Ortega Senet**, Trabajador Social, Académico Facultad de Comunicación, Historia y Cs. Sociales Universidad Católica Santísima Concepción.
- **D. Mariana Flores Mora**, Voluntaria Dama de Rojo Hospital Las Higueras.
- **D. Carlos Palacios**, Presidente Consejo de Participación Social.

En sesión ordinaria del 27 de Mayo de 2016, el Comité Ético Científico de Servicio de Salud Talcahuano, habiéndose constituido el Quórum según Res. Nº 1149 y Posterior Modificación Res. Nº1847, ha analizado su carta recepcionada el 17.05.2016, en respuesta a las observaciones efectuadas en Acta Nº25 del 12.04.2016. Este Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, declara que cumple con lo observado.

Por lo anteriormente señalado y **por unanimidad de sus miembros** se **Aprueba por 364 días** (dentro de este periodo podrá ser sujeto de seguimiento) el Trabajo de Investigación denominado "Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en Hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bio Bio", investigadora responsable D. Angelica Melita.

Además el comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con **la fecha de aprobación, firma y timbre, en original del CEC**, en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. Informar en forma frecuente de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se genere.

SERVICIO DE SALUD ACREDITADO COMITÉ ETICO CIENTIFICO RES. EX Nº 6361 SERSAM DE SALUD REGION DEL BIO BIO TALCAHUANO

Dra. Patricia Marcela Cortés Jofré
Presidenta Comité Ético Científico SST

Dra. Natalia Marín Neira
Vicepresidenta Comité Ético Científico SST

ACTA N° 49

Nombre y firmas miembros asistentes a la sesión.

C/C:
- Investigador Principal
- Directora (S) Hospital las Higueras
- C.E.C.SST

Anexo J: Carta de autorización Hospital de Lirquén

SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO
HOSPITAL PENCO-LIRQUEN

OFICIO. Nº 159

ANT : Solicitud para realización de tesis "Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería"

MAT : Envía respuesta a solicitud

PENCO: 28 de marzo 2016

DE : EDGARDO MATUS PINCHEIRA
DIRECTOR HOSPITAL PENCO-LIRQUEN

A : ANGÉLICA MELITA RODRIGUEZ
ESTUDIANTE DOCTORADO EN ENFERMERIA U. DE CONCEPCION.

Junto con saludar cordialmente y en atención a lo solicitado por usted, es grato informarle que se autoriza por parte de la Dirección de este Hospital, la ejecución del estudio "Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en Hospitales dependientes de un servicio de salud de la región del Bio Bio, Chile", una vez que el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Talcahuano, apruebe el protocolo respectivo.

Saluda atentamente a usted.

SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO
DIRECTOR
HOSPITAL PENCO-LIRQUEN

EDGARDO MATUS PINCHEIRA
DIRECTOR
HOSPITAL PENCO LIRQUEN

EMP/nchc
DISTRIBUCION:
- La Indicada
- Archivo Dirección HPL.
- Of de Partes.

Anexo K: Carta de autorización Hospital de Tomé

HOSPITAL DE TOME
DIRECCION
PIA/AAA/bns

ORD. Nº 205

ANT. Su Solicitud Trabajo de Investigación "Desarrollo de indicadores de Cuidado Humanizado de enfermería "

MAT. Envía respuesta a solicitud de Trabajo de Investigación a Sra. Angélica Melita Rodríguez.

TOME, 24 FEB 2012

DE : DIRECTOR HOSPITAL DE TOME

A : SRA. ANGELICA MELITA RODRIGUEZ
MAGISTER EN ENFERMERIA UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

Le saludo atentamente, acuso recibo de su SOLICITUD para realizar Trabajo de Investigación denominado **"DESARROLLO DE INDICADORES DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALES DEPENDIENTES DE UN SERVICIO DE SALUD DE LA REGIÓN DEL BIO BIO , CHILE"**.(se adjunta carpeta) .

*El Director que suscribe, autoriza la realización del presente Trabajo Investigativo, no sin antes usted como Investigadora principal cumpla con la presentación y autorización correspondiente del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Talcahuano.

*Debo señalar además que la Carta de Consentimiento que firma cada paciente y, en el sentido de establecer que fue informado de la Ley Nº 20.584 de Derechos y Deberes en lo referente a Investigaciones en Seres Humanos.

*Cualquier duda del procedimiento, puede contactarse con la Sra. Adriana Asencio, Jefa de la Unidad de Calidad del Hospital de Tomé al correo adriana.asencio@redsalud.gov.cl ; o al fono 2724959

Se despide atentamente.

SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO * DIRECTOR * HOSPITAL DE TOME

SR. PABLO IBARRA AVILA
ING. DIRECTOR
HOSPITAL DE TOME

Distribución :
***La indicada**
***Dra.Alides Salazar Molina Directora Programa Doctorado Universidad de Concepcion**
***Comité de Ética Hospital de Tomé**
***Comité de Ética Científica S.S.Thno**
***Of. de Partes Hospital de Tomé**

Anexo L: Carta Autorización Hospital las Higueras.

[redacted]
Ministerio de Salud
Servicio de Salud Talcahuano
Hospital Las Higueras
Unidad de Investigación Biomédica
PSK/PMA/jcv

ORD. Nº [redacted] /

ANT: Su carta del 15.03.2016

MAT: OTORGA AUTORIZACION DEFINITIVA

Talcahuano, 02 JUN 2016

DE: DRA. PATRICIA SANCHEZ KRAUSE
DIRECTORA (S) HOSPITAL LAS HIGUERAS

A: E.U. ANGELICA MELITA RODRIGUEZ
INVESTIGADOR RESPONSABLE

Estimada Sra. Melita:

Junto con saludarle, me es grato dirigirme a Ud., para informarle que, habiendo completado los requisitos administrativos y la revisión ética del estudio - Acta Nº 49 del 27.05.2016 del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano-, que aprueba el Trabajo de Investigación denominado: **"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en Hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la región del Bio Bio."** esta Directora

1. Autoriza el inicio de la actividad contemplada, en el Protocolo de Investigación mencionado, a partir de esta fecha.

2. Informo a Ud., que según RES. EXE. Nº 3122 del 20.08.2014, he delegado la función de Ministro de Fe, para la firma de Consentimientos Informados en los siguientes funcionarios:

- Dr. Reinaldo Deij Bulnes	RUT: 9.871.986-5
- Dra. BQ. Paz Macaya Aretxabala	RUT: 8.192.068-0
- D. Lorena Pérez Lermanda	RUT: 15.671.479-8
- D. Karin Collao Gutierrez	RUT: 13.994.930-7
- D. Jeannette Herrera Anticán	RUT: 15.174.082-0

3. Solicito a UD., mantener informada a esta Dirección del avance de la investigación que dirige.

Sin otro particular y deseándole éxito en la investigación que dirigirá, le saluda muy cordialmente,

DRA PATRICIA SANCHEZ KRAUSE
DIRECTORA (S)
HOSPITAL LAS HIGUERAS

Distribución:
- La indicada
- Medico Jefe Servicio Clinico Traumatología
- Medico Jefe Servicio Clinico Cirugia
- Medico Jefe Servicio Medicina.
- Subdirector Médico.
- Comité de Ética del SSTHNO
- Unidad de Apoyo a la Investigación
- Oficina de Partes

Anexo M: Consentimiento Informado autorizado por el Comité Ético Científico del SSTHNO.

FOLIO:_____ *"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bío-Bío, Chile".*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL ESTUDIO:
"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, Chile".

INSTITUCIÓN PATROCINANTE:
Programa de Doctorado en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

INVESTIGADORES RESPONSABLES:
Dra.(c) Angélica Melita R. (Investigador principal)
Dra. Patricia Jara C (Guía de tesis)

OBJETIVO DEL ESTUDIO:
Desarrollar indicadores de cuidados humanizados de enfermería, con el fin de aportar a la calidad de los cuidados entregados por las(os) enfermeras(os).

SUJETOS DEL ESTUDIO:
Personas hospitalizadas en los servicios de Medicina, Cirugía y Especialidades del Hospital Las Higueras de Talcahuano y en los servicios de Medicina y Cirugía de los hospitales de Tomé, Lirquén.

El **consentimiento informado** le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar. Por ello, es muy importante que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión. Si usted necesita comentarlo con alguien más (un amigo, un familiar de confianza, etc.), tiene entera libertad para hacerlo. Del mismo modo, si usted tiene preguntas respecto del estudio o de lo contenido en este documento, puede hacerlas directamente a los investigadores, quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud.

SERVICIO DE SALUD ACREDITADO COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO RES. EX. Nº 6361 SERENA DE SALUD REGIÓN DEL BIO BIO TALCAHUANO

2 MAY 2016

1

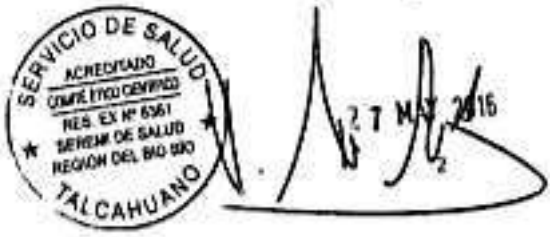
FOLIO:_____ *"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bío-Bío, Chile".*

En particular, mediante este consentimiento informado se le invita a contestar una cuestionario de 32 preguntas breves sobre cómo evalúa usted los cuidados de enfermería que le están siendo dados o le fueron dados durante su hospitalización en esta unidad de salud. A cada pregunta usted deberá responder sólo con una de las siguientes opciones: Siempre, Casi Siempre, Algunas Veces o Nunca. El tiempo que le tomará responder es de 15 minutos. La encuesta forma parte de la investigación, denominada "Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, Chile".

La encuesta será aplicada por uno de los investigadores responsables, que NO tiene relación con la institución o servicio donde usted está hospitalizado, ni con las personas encargadas de entregarle cuidados. De todos modos, usted puede contactarse directamente con los investigadores al teléfono 412204825 o en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, ubicada en Roosevelt 1789, Concepción. O bien con el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano cuyo fono es 412722167 y se encuentra ubicado en Avenida Colón 3030 Talcahuano.

Las respuestas que proporcione son absolutamente secretas y la información personal entregada será tratada confidencialmente. Por ello, no se registrará su nombre y el cuestionario que conteste sólo tendrá un número de folio. La información entregada por usted no será difundida a las enfermeras, enfermeros, técnicos de enfermería o médicos encargados de su recuperación, por lo cual la atención que le brindan no se verá perjudicada, lo cual será resguardado por la investigadora principal, siendo ella la única que tenga acceso a la información entregada, la cual no estará identificada con sus datos personales. Del mismo modo, si se publicaran en algún artículo o se presentaran los resultados de este estudio en congresos o conferencias, ninguno de sus datos personales será revelado.

Es importante señalar que, al responder esta encuesta, usted no se expone a riesgos de ningún tipo, ni físicos ni psicológicos. De todos modos, si usted considera que no debe responder alguna pregunta, puede omitirla o expresar su deseo de no seguir colaborando.



FOLIO:_____ *"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bío-Bío, Chile".*

En particular, mediante este consentimiento informado se le invita a contestar una cuestionario de 32 preguntas breves sobre cómo evalúa usted los cuidados de enfermería que le están siendo dados o le fueron dados durante su hospitalización en esta unidad de salud. A cada pregunta usted deberá responder sólo con una de las siguientes opciones: Siempre, Casi Siempre, Algunas Veces o Nunca. El tiempo que le tomará responder es de 15 minutos. La encuesta forma parte de la investigación, denominada "Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, Chile".

La encuesta será aplicada por uno de los investigadores responsables, que NO tiene relación con la institución o servicio donde usted está hospitalizado, ni con las personas encargadas de entregarle cuidados. De todos modos, usted puede contactarse directamente con los investigadores al teléfono 412204825 o en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, ubicada en Roosevelt 1789, Concepción. O bien con el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano cuyo fono es 412722167 y se encuentra ubicado en Avenida Colón 3030 Talcahuano.

Las respuestas que proporcione son absolutamente secretas y la información personal entregada será tratada confidencialmente. Por ello, no se registrará su nombre y el cuestionario que conteste sólo tendrá un número de folio. La información entregada por usted no será difundida a las enfermeras, enfermeros, técnicos de enfermería o médicos encargados de su recuperación, por lo cual la atención que le brindan no se verá perjudicada, lo cual será resguardado por la investigadora principal, siendo ella la única que tenga acceso a la información entregada, la cual no estará identificada con sus datos personales. Del mismo modo, si se publicaran en algún artículo o se presentaran los resultados de este estudio en congresos o conferencias, ninguno de sus datos personales será revelado.

Es importante señalar que, al responder esta encuesta, usted no se expone a riesgos de ningún tipo, ni físicos ni psicológicos. De todos modos, si usted considera que no debe responder alguna pregunta, puede omitirla o expresar su deseo de no seguir colaborando.

SERVICIO DE SALUD ACREDITADO COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO RES. EX Nº 6361 SERVIMI DE SALUD REGION DEL BIO BIO TALCAHUANO

27 MAY 2016

FOLIO:_____ *"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bío-Bío, Chile".*

No existen pagos asociados a su participación. Esto quiere decir que no se le cobrará por participar ni tampoco se le pagará por ello. Sin embargo, el hecho de que usted colabore ayudará a mejorar la calidad de los cuidados entregados por el personal de enfermería.

Una vez que el estudio se encuentre totalmente terminado, usted podrá conocer sus resultados en las publicaciones que surjan de él.

Si usted accede a participar, se le pedirá que firme este documento para acreditar que lo hace de manera voluntaria e informada. Sin perjuicio de ello, en cualquier momento usted puede retirarse del estudio y no seguir contestando la encuesta, sin necesidad de dar ni explicar las razones de su decisión. Esto no implicará una disminución en la calidad de la atención recibida.

Es importante que, antes de firmar este consentimiento informado, usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y haya obtenido respuestas satisfactorias a todas ellas.

Marque con una X si se cumplió con lo que se menciona:

_____ He sido informado(a) acerca del estudio y de la encuesta el día _____, a las _____h.

_____ He leído la información de este documento de consentimiento informado y declaro entender lo que allí se expresa.

_____ He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas fueron contestadas satisfactoriamente.

_____ Me informaron que no debo pagar por contestar la encuesta y que tampoco recibiré dinero por colaborar en este estudio.

_____ Me explicaron que participar de esta investigación no tiene riesgos negativos ni para mi salud física ni para mi salud mental.

SERVICIO DE SALUD ACREDITADO COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO RES. EX. Nº 6361

FOLIO:_____ *"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bío-Bío, Chile".*

_____ Se me informó que puedo retirar mi participación en cualquier momento, sin obligación de dar explicaciones de los motivos.

_____ Me indicaron que podré conocer los resultados del estudio una vez que esté totalmente terminado, en las publicaciones que surjan de él.

Consentimiento Informado

Marque con una X si está de acuerdo con lo que se menciona:

_____ Consiento en que los resultados de esta encuesta aparezcan en publicaciones o conferencias, pero ninguno de mis datos personales deberá ser revelado, salvaguardando su confidencialidad.

_____ Al firmar este documento de consentimiento informado, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

_____ Acepto participar de este estudio libre y voluntariamente.

_____ Entiendo que recibiré una copia de este documento, firmada y fechada.

_____
Firma Fecha

_____
Nombre Investigador Responsable Firma Fecha

_____
Director de Centro/Ministro de fe Firma Fecha

SERVICIO DE SALUD ACREDITADO COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO RES. EX Nº 6301 SERVICIO DE SALUD REGIÓN DEL BIO BÍO CHILLÁN

27 MAY 2015

Anexo N: Consentimiento informado para enfermeras(os)

FOLIO:_____ *"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bio-Bío, Chile".*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL ESTUDIO:
"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Biobío, Chile".

INSTITUCIÓN PATROCINANTE:
Programa de Doctorado en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

INVESTIGADORES RESPONSABLES:
Dra.(c) Angélica Melita R. (Investigador principal)
Dra. Patricia Jara C (Guía de tesis)

OBJETIVO DEL ESTUDIO:
Desarrollar indicadores de cuidados humanizados de enfermería, con el fin de aportar a la calidad de los cuidados entregados por las(os) enfermeras(os).

SUJETOS DEL ESTUDIO:
Enfermeras y enfermeros expertos en la temática de la Humanización de los cuidados.

El **consentimiento informado** le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar. Por ello, es muy importante que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión. Si usted necesita comentarlo con alguien más (un amigo, un familiar de confianza, etc.), tiene entera libertad para hacerlo. Del mismo modo, si usted tiene preguntas respecto del estudio o de lo contenido en este documento, puede hacerlas directamente a los investigadores, quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud.

FOLIO:_____ *"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bío-Bío, Chile".*

En particular, mediante este consentimiento informado se le invita a contestar una entrevista que aborda peguntas abiertas sobre la temática de la humanización de los cuidados desde la perspectiva de enfermería.

La entrevista será realizada por la investigadora responsable, que NO tiene relación con la institución o servicio donde usted trabaja. De todos modos, usted puede contactarse directamente con los investigadores al teléfono 412204825 o en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, ubicada en Roosevelt 1789, Concepción.

Las respuestas que proporcione son absolutamente secretas y la información personal entregada será tratada confidencialmente. Por ello, no se registrará su nombre y el cuestionario que conteste sólo tendrá un número de folio. Del mismo modo, si se publicaran en algún artículo o se presentaran los resultados de este estudio en congresos o conferencias, ninguno de sus datos personales será revelado.

No existen pagos asociados a su participación. Esto quiere decir que no se le cobrará por participar ni tampoco se le pagará por ello. Sin embargo, el hecho de que usted colabore ayudará a mejorar la calidad de los cuidados entregados por el personal de enfermería.

Una vez que el estudio se encuentre totalmente terminado, usted podrá conocer sus resultados en las publicaciones que surjan de él.

Si usted accede a participar, se le pedirá que firme este documento para acreditar que lo hace de manera voluntaria e informada. Sin perjuicio de ello, en cualquier momento usted puede retirarse del estudio y no seguir contestando la entrevista, sin necesidad de dar ni explicar las razones de su decisión.

Es importante que, antes de firmar este consentimiento informado, usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y haya obtenido respuestas satisfactorias a todas ellas.

Marque con una X si se cumplió con lo que se menciona:

_____ He sido informado(a) acerca del estudio y de la encuesta el día _____, a las _____h.

FOLIO:_____ *"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bío-Bío, Chile".*

_____ He leído la información de este documento de consentimiento informado y declaro entender lo que allí se expresa.

_____ He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas fueron contestadas satisfactoriamente.

_____ Me informaron que no debo pagar por contestar la entrevista y que tampoco recibiré dinero por colaborar en este estudio.

_____ Me explicaron que participar de esta investigación no tiene riesgos negativos ni para mi salud física ni para mi salud mental.

_____ Se me informó que puedo retirar mi participación en cualquier momento, sin obligación de dar explicaciones de los motivos.

_____ Me indicaron que podré conocer los resultados del estudio una vez que esté totalmente terminado, en las publicaciones que surjan de él.

Consentimiento informado

Marque con una X si está de acuerdo con lo que se menciona:

_____ Consiento en que los resultados de esta encuesta aparezcan en publicaciones o conferencias, pero ninguno de mis datos personales deberá ser revelado, salvaguardando su confidencialidad.

_____ Al firmar este documento de consentimiento informado, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

_____ Acepto participar de este estudio libre y voluntariamente.

_____ Entiendo que recibiré una copia de este documento, firmada y fechada.

FOLIO:_____ *"Desarrollo de indicadores de cuidado humanizado de enfermería en hospitales dependientes de un Servicio de Salud de la Región del Bío-Bío, Chile".*

	Firma	Fecha
Nombre Investigador Responsable	Firma	Fecha
Director de Centro/Ministro de fe	Firma	Fecha

Anexo O: Carta y pauta para evaluación de indicadores por parte de los expertos.

Estimados colegas:

Junto con saludarlos cordialmente y agradecer su desinteresada colaboración en este proceso, les solicito en esta oportunidad que me puedan contribuir con su apreciación en relación a esta lista de cotejo que corresponde a la medición de un indicador de cuidado humanizado de enfermería que se evalúa desde la percepción de los pacientes.

A continuación encontrarán el listado de criterios que componen este indicador, más las instrucciones para el evaluador y la explicación de cada criterio. A esta lista, para vuestra apreciación, se ha colocado una fila adicional a la derecha, donde les pido por favor puedan calificar del 1 al 7 cada reactivo del instrumento de acurdo al aporte de este al cuidado humanizado (1 muy poco aporte al cuidado humanizado – 7 mucho aporte al cuidado humanizado).

En segundo lugar les solicito, que vean si los criterios son comprensibles y si la explicación de más abajo complementa bien la comprensión de estos.

Si usted considera que algún criterio es redundante o esta demás, por favor dejarlo consignado.

Al final de este documento encontrará un ítem donde usted puede dejar sus cometarios en relación a lo requerido.

Agradeciendo profundamente su apoyo y aporte, me despido atentamente

Angélica Melita Rodríguez
Magister en Enfermería
Doctora © en Enfermería
Académica Universidad de Concepción

Anexo P: Check List del Indicador

"ENTREGA DE CUIDADO HUMANIZADO POR PARTE DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS"

Estimado(a) señor(a):

A continuación, le presentamos una serie de afirmaciones que describen los comportamientos de cuidado de enfermeras y enfermeros. Por favor responda con un **Sí** o un **No**, según si esta conducta ha estado o no presente durante su proceso actual de hospitalización.

ASPECTO A EVALUAR	SI SE OBSERVA	NO SE OBSERVA
1. Se identifican con su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos.		
2. Lo (la) tratan de manera cálida y amable		
3. Lo (la) llaman por su nombre.		
4. Lo (la) hacen sentir tranquilo(a).		
5. Se ha sentido acompañado(a) por la enfermera(o) durante su permanencia en el hospital.		
6. Le dan confianza cuando cuidan de usted.		
7. Le explican los cuidados que le brindan.		
8. Lo(la) miran a los ojos cuando le hablan.		
9. Al hablar con usted, utilizan un tono de voz pausado.		
10. Demuestran respeto por sus creencias y valores		
11. Le dedican tiempo para aclarar sus inquietudes.		

12. Le es fácil comunicarse con la enfermera(o).		
13. Responden sus preguntas con seguridad y claridad.		
14. Le dan explicaciones sobre su atención cuando usted lo solicita.		
15. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que usted pueda tomar decisiones relacionadas con su salud.		
16. Se muestran interesados por brindarle comodidad durante su hospitalización		
17. Atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal).		
18. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.		
19. Responden oportunamente a su llamado.		
20. Logran identificar sus necesidades psicológicas y espirituales.		
21. Lo (la) escuchan atentamente.		
22. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.		
23. Lo (la) ayudan a manejar su dolor físico.		
24. Lo (la) ayudan a manejar su dolor espiritual (emocional).		
25. Se muestran respetuosos con sus decisiones.		
26. Respetan su intimidad física.		
27. Siente que involucran a su familia y/o persona más cercana durante este proceso de hospitalización.		

Observaciones:

Anexo Q: Instructivo de llenado del Indicador N°1

“ENTREGA DE CUIDADO HUMANIZADO POR PARTE DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS”

A. Indicaciones para la medición:

a) En los pacientes que se realizará esta medición deben ser personas hospitalizadas por al menos 72 horas, que se encuentren orientadas en tiempo y espacio.

b) Este check list debe ser aplicado por la persona que realiza la medición, dando lectura a cada criterio y otorgando alguna breve explicación de éstos en caso de ser necesario, según la definición de términos que se entrega a continuación, para que el paciente tenga total claridad de lo que se le está consultando.

c) Previo a la lectura de los criterios, se le debe explicar al paciente que estos están dirigidos a medir comportamientos de cuidado de la enfermera(o), por lo cual es de suma importancia que antes de aplicar la medición se deje muy claro que se está evaluando sólo a enfermeras(os) y que no es a una sola de ellas(os), sino al cuidado que le han entregado en general.

d) Al presentarse algún criterio que no aplique, por ejemplo: “Lo (la) ayudan a manejar su dolor físico”, y durante la hospitalización el paciente no lo ha presentado; en el apartado final de “observaciones”, se debe registrar que el ítem número 22 no aplica ya que el paciente no ha presentado dolor durante

su hospitalización. Por lo cual es de suma importancia dejar registro de los ítems que no aplican especificando el porqué.

e) El apartado “observaciones”, también se puede dejar registro de alguna acotación o comentario del paciente, o bien de alguna situación surgida durante la medición.

f) Antes de aplicar la medición, es importante que revise la definición de términos para que tenga muy claro a que hace referencia cada uno de ellos.

B. Definición de términos de cada uno de los criterios del indicador: “Entrega de cuidado humanizado por parte de enfermeras y enfermeros”

1. **Se identifican con su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos**: Antes de realizar cualquier procedimiento o técnica de enfermería, como una punción venosa, curación, etc. La/el enfermera(o) se presenta con su nombre y cargo que ejerce en el servicio.

2. **Lo (la) tratan de manera cálida y amable**: Acto de comunicarse y relacionarse con el paciente, en donde la enfermera o enfermero se muestra cercano y afectuoso.

3. **Lo (la) llaman por su nombre**: Cuando la enfermera (o) se dirige al paciente, lo hace por su nombre de pila u/o apellido.

4. **Lo (la) hacen sentir tranquilo(a)**: Las acciones de la enfermera(o) logran calmar al paciente y/o estar más sereno frente al proceso hospitalario.

5. **Se ha sentido acompañado por la enfermera(o) durante su permanencia en el hospital**: El paciente percibe que la enfermera(o) ha estado presente durante su proceso de hospitalización, de forma cercana y afectiva.

6. **Le dan confianza cuando cuidan de usted**: En relación a las acciones de cuidado que realiza la enfermera(o) con el paciente, este logra sentirse seguro y con la posibilidad de expresar sus inquietudes y sentimientos emanados del proceso hospitalario y de su vida personal.

7. **Le explican los cuidados que le brindaron**: La enfermera(o) aclara dudas de cualquier materia relacionada con los cuidados que entrega (procedimientos, restricciones, etc.), con palabras claras o ejemplos que hagan más comprensible esos cuidados y sus alcances.

8. **Lo (la) miran a los ojos cuando le hablan**: En la relación interpersonal, la enfermera(o) al comunicarse con el paciente busca y mantiene el contacto visual.

9. **Al hablar con usted, utilizan un tono de voz pausado**: La enfermera(o) al comunicarse con el paciente lo hace en un tono suave y pausado, facilitando la comprensión del mensaje por parte del paciente.

10. **Demuestran respeto por sus creencias y valores**: La enfermera(o) se observó respetuosa(o) frente a las manifestaciones culturares y valóricas del paciente, relacionadas al proceso de salud- enfermedad, permitiendo la integración de estas al cuidado.

11. **Le dedican tiempo para aclarar sus inquietudes**: La enfermera(o) deja tiempo para aclarar las dudas que el paciente tiene del proceso hospitalario, se muestra dispuesta(o) a responder las consultas que surgen de este proceso.

12. **Le es fácil comunicarse con la enfermera(o)**: Para el paciente fue fácil contactar a la enfermera(o) y establecer un diálogo, con el fin de aclarar alguna duda, hacer una consulta o expresar sus sentimientos.

13. **Responden sus preguntas con seguridad y claridad**: Frente a preguntas surgidas del proceso hospitalario por parte del paciente a la enfermera(o), ésta(e) respondió de forma clara y segura evidenciando conocimiento y dominio del tema.

14. **Le dan explicaciones sobre su atención cuando usted lo solicita**: Cada vez que el paciente presentó alguna duda sobre su proceso hospitalario solicitando aclaración, esta fue resuelta prontamente por la enfermera(o).

15. **Le proporcionan información suficiente y oportuna para que usted pueda tomar decisiones relacionadas con su salud**: Cantidad de información necesaria otorgada al paciente de manera inmediata posterior a la hospitalización o procedimientos, que le permiten al paciente tomar decisiones sobre su salud.

16. **Se muestran interesados por brindarle comodidad durante su hospitalización**: Durante el proceso hospitalario, la enfermera(o) se muestra dispuesta(o) a realizar acciones que van dirigidas a la entrega de comodidad para el paciente (facilitar almohadas, cobijas, etc.).De acorde a los recursos disponibles en la institución.

17. **Atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)**: Cada vez que surgieron necesidades básicas en el paciente como (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal), fueron resueltas de manera oportuna por la enfermera(o), aplicando los criterios de Kalisch (140) con tiempo de respuesta no superior a 5 min. posterior a la manifestación de la necesidad.

18. **Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y su tratamiento**: La enfermera(o) da las facilidades y oportunidades para que el paciente pueda expresar los sentimientos que le surgen en relación a la enfermedad y el proceso hospitalario.

19. **Responden oportunamente a su llamado**: Cada vez que el paciente solicitó a la/el enfermera(o) ésta(e) acudió prontamente al llamado, llegando a la unidad del paciente en un tiempo no superior a 5 min, según los criterios de priorización humanizada de Kalisch (140). O Que le explique al paciente la razón de porque no pudo acudir antes.

20. **Logran identificar sus necesidades psicológicas y espirituales**: En relación a la valoración de enfermería, la/el enfermera(o) logra identificar las necesidades espirituales, afectivas y/o emocionales que presenta el paciente, incluyéndolas en su plan de cuidado.

21. **Lo (la) escuchan atentamente**: En la relación enfermera paciente, durante el proceso de comunicación, la/el enfermera(o) presta atención a lo expresado por el paciente sin distraerse, con la utilización de un lenguaje para verbal que expresa interés.

22. **Le preguntaron y se preocuparon por su estado de ánimo**: Durante la valoración de enfermería, esta (e) incorpora preguntas que van enfocadas a evaluar el estado anímico del paciente, a su vez estos aspectos son involucrados en su cuidado.

23. **Lo (la) ayudan a manejar su dolor físico**: Si durante la estadía el paciente presento dolor físico, este fue atendido de manera oportuna por la enfermera(o), en un lapso de tiempo no superior a 15 min, según los criterios de Kalisch (140).

24. **Lo (la) ayudan a manejar su dolor espiritual (emocional)**: Si durante la estadía el paciente presento dolor espiritual, emocional (caracterizado por desanimo, tendencia al llanto o introspección) este fue identificado y atendido de manera oportuna por la enfermera(o).

25. **Se muestran respetuosos con sus decisiones**: En relación a las decisiones tomadas por el paciente, vinculadas a su salud y proceso de hospitalización y aunque la enfermera(o) pudiera no estar de acuerdo con ellas, son respetadas por ésta(e), sin emitir comentarios despectivos o negativos a su ideología y/o expresar un lenguaje para verbal que comunique desagrado o malestar frente a esa decisión. (Este criterio no implica aceptar decisiones del paciente que lo pongan en riesgo vital o lo afecte en su estado de salud).

26. **Respetan su intimidad física**: La/él enfermera(o) resguarda la privacidad e intimidad del paciente al realizar valoraciones, procedimientos u otras acciones o situaciones en las que el paciente requiera privacidad.

27. **Siente que involucran su familia y/o persona más cercana durante su hospitalización**: Durante el proceso hospitalario la enfermera integra a la familia o persona más significativa, haciéndola un partícipe activo en el cuidado, tanto como colaborador o como personas susceptibles de recibir cuidado.

HOJA DE RESPUESTA

Nombre:

Cargo o actividad actual que desempeña:

Correo electrónico: **Fecha:**

Comentarios: