

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**CUIDADO HUMANIZADO Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN DE
ENFERMERIA DE LOS FAMILIARES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE
HUANCAVELICA 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA INTENSIVA**

AUTORA:

NORMA ELENA CUELLAR ARONI

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: LIC. ESP. IRENE ZENAIDA BLAS SANCHO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 178-2017

Fecha de Aprobación de tesis: 27 de Octubre del 2017

Resolución de Decanato N° 2662-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A los profesionales de la salud por la dedicación brindando servicios de salud de calidad, aún en unidades de mayor diestres.

Norma

ÍNDICE

	PÁG.
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1. Identificación del problema	5
1.2. Formulación de problemas	8
1.2.1. Problema general	8
1.2.2. Problemas específicos	8
1.3. Objetivos de la investigación	9
1.3.1. Objetivo general	9
1.3.2. Objetivos específicos	9
1.4. Justificación	9
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	13
2.2. Marco teórico o marco conceptual	15
2.3. Definición de términos básicos	51
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	
3.1. Definición de las variables	53
3.2. Operacionalización de variables	54
3.3. Hipótesis	55
3.3.1. Hipótesis general	55
3.3.2. Hipótesis específicas	56
IV. METODOLOGÍA.	
4.1. Tipos de Investigación	57

4.2. Diseño de Investigación	57
4.3. Población y Muestra	58
4.4. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	58
4.5. Procedimientos de recolección de datos	59
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos	59
V. RESULTADOS	60
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados	64
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares	68
VII. CONCLUSIONES	73
VIII. RECOMENDACIONES	74
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS:	79
Anexo N° 01: Matriz de consistencia	
Anexo N° 02: Entrevista sobre cuidado humanizado	
Anexo N° 03: Entrevista sobre satisfacción familiar	
Anexo N° 04: Base de datos	

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del familiar de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia".

Métodos. Se realizó un estudio de tipo descriptivo en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica. La muestra incluye a pacientes atendidos en el servicio de emergencia (n = 60); a quienes se encuestan sobre cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del familiar de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos.

Resultados. El 50,0% de enfermeras(os) realizan cuidado humanizado medianamente favorable en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica; 25,0%, no favorable; y 20,0%, favorable. Un 40,0% de familiares de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos se encuentran satisfechos; 31,7%, muy satisfechos; y 28,3%, insatisfechos frente al cuidado humanizado expresado por el profesional de enfermería. El 21,7% de familiares de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos se encuentran muy satisfechos frente al cuidado humanizado medianamente favorable; 20,0%, satisfechos frente al cuidado humanizado no favorable; y 15,0%, insatisfechos frente al cuidado humanizado medianamente favorable por parte del profesional de enfermería (sig.< ,05).

Conclusiones. Existe relación entre cuidado humanizado de enfermería y satisfacción familiar de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia".

Palabra clave: Cuidado humanizado, satisfacción, unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between humanized nursing care and family member satisfaction of patients cared for in the intensive care unit service of the Regional Hospital "Zacarías Correa Valdivia".

Methods. A descriptive study was carried out at the Regional Hospital "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica. The sample includes patients seen in the emergency department (n = 60); who are asked about humanized nursing care and the satisfaction of the relative of patients cared for in the intensive care unit service.

Results. 50.0% of nurses perform moderately favorable humanized care in the intensive care unit service at the Regional Hospital "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica; 25.0%, not favorable; and 20.0%, favorable. 40.0% of relatives of patients seen in the intensive care unit service are satisfied; 31.7%, very satisfied; and 28.3%, dissatisfied with the humanized care expressed by the nursing professional. The 21.7% of relatives of patients seen in the intensive care unit service are very satisfied with moderately favorable humanized care; 20.0%, satisfied with non-favorable humanized care; and 15.0%, dissatisfied with the moderately favorable humanized care by the nursing professional (sig. <, 05).

Conclusions. There is a relationship between humanized nursing care and family satisfaction of patients cared for in the intensive care unit of the Regional Hospital "Zacarías Correa Valdivia".

Key word: Humanized care, satisfaction, intensive care unit.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación del Problema.

En el Hospital Regional de Huancavelica existen quejas de los familiares los cuales claman porque se mejore la calidad de atención al paciente en la unidad crítica por percibir maltrato físico y psicológico por diferentes motivos ya sean raza, condición social, religión u otros, lo cual me motiva a esta investigación.

Resulta interesante destacar los ocho factores que influyeron en la doctora Leininger a la hora de instaurar lo que hoy denominamos Enfermería transcultural y que justifican desde su teoría del cuidado cultural y universal la necesidad de una Enfermería Transcultural: Debido al marcado aumento en las migraciones de la gente dentro del país y entre países a nivel mundial, se necesita la enfermería transcultural ya que está apareciendo una diversidad creciente que caracteriza nuestras poblaciones nacionales y globales. En este amplio sentido, la diversidad se refiere a las diferencias entre origen nacional, religión, edad, género, orientación sexual, capacidad y discapacidad, clase o status socioeconómico, educación, etc. Se ha dado un aumento en las identidades multiculturales, con gente que espera que los profesionales de enfermería y de la salud en general entiendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida. El excesivo uso de la tecnología aplicada a los cuidados en salud a veces entra en conflicto con los valores culturales de los pacientes. En todo el mundo existen conflictos culturales, choques y violencia que desencadenan un impacto sobre los cuidados en salud al tiempo que cada vez más culturas interactúan las unas con las otras. Existe un incremento en el número de personas que viajan y trabajan en muy diferentes partes del mundo. Existe un aumento de los temas legales resultantes del conflicto cultural, la negligencia, ignorancia e imposición dentro de las prácticas en cuidados de salud. Se ha dado un aumento en los problemas de género y feminismo, con nuevas demandas sobre los sistemas

sanitarios con la intención de que se tenga en cuenta las necesidades de mujeres y niños. Se ha dado un aumento en la necesidad por parte de la comunidad y los servicios de cuidados en salud basados en la cultura en diferentes contextos ambientales. (1)

Leininger sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas, es un conocimiento y una práctica asistencial basad en la cultura. La razón principal del estudio de la teoría de los cuidados es que ante todo, la idea de asistencia parece un factor crítico para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos, la segunda razón, es el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural, tercero el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo. Cuarto la profesión de enfermería ha de estudiar la asistencia sistemática desde una perspectiva cultural amplia y holística, para descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, como parte del conocimiento de la enfermería. (1)

Afirma Leininger que existe todavía un conjunto de elementos como la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notable negativa en la calidad que prestan los profesionales de enfermería a sus pacientes de otras culturas. Por otra parte, los diagnósticos médicos y de enfermería que no tiene en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves. (1)

Leininger ha concluido que el concepto de asistencia se corresponde con un fenómeno muy engañoso que con frecuencia se integra en los estilos de vida y los valores culturales. El objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el

entorno cultural, la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad. (1)

Una de las mayores preocupaciones que aborda a los profesionales, gestores y usuarios de los sistemas de salud es la humanización de los servicios de salud. Vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de las profesiones sanitarias, en general, y del profesional de enfermería, en particular. (2)

Una amenaza que actualmente está presente en todos los ámbitos de la vida social es aquella que tiene que ver con la deshumanización que se observa en los servicios de salud.

En Latinoamérica la necesidad de buscar el significado que tiene el cuidado en los profesionales de Enfermería y los aspectos deficientes en el cuidado del paciente y que este sea un "cuidado humanizado" incorporado a la praxis. (2)

El Ministerio de Salud de Brasil en el 2010 propuso una política nacional de humanización: El humaniza SUS (Programa de Asistencia Humanizada a la Mujer) y el programa de asistencia humanizada a la mujer, para mejorar la calidad de atención a los pacientes. (3)

En el Perú, son muy pocos los trabajos que permitan relacionar la satisfacción del usuario y la motivación que tiene el personal de salud de un Hospital de ahí el interés de iniciar esta investigación y saber cuáles son los factores que intervienen y las dimensiones más influyentes en su determinación. (4)

El cuidado integral de Enfermería son capacidades, actitudes y conocimientos específicos caracterizados por una comprensión integral

compleja del ser humano, es darse cuenta de la existencia del otro y construir el cuidado a una vivencia satisfactoria para quien la recibe, para quien la brinda esto conlleva aun esfuerzo adicional para los enfermeros en su compromiso de trabajar por la salud de la población, ya que tienen, como grupo profesional, la responsabilidad de exigir que los cuidados de enfermería sean llevados a cabo por personal calificado, de manera segura, dentro de los límites establecidos por los marcos legales de Enfermería que conduzcan a la satisfacción tanto a los usuarios internos como externos. (1)

Los profesionales deben ser conscientes de esta realidad de tal modo que sean capaces de ocuparse de las futuras necesidades de la asistencia sanitaria de enfermería y de la población, el profesional debe poseer un conocimiento básico de las diferentes creencias y prácticas que se dan entre los diversos grupos existentes probablemente, una atención humanizada es el primer paso para alcanzar el éxito y la calidad asistencial en los servicios de salud. Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre Cuidado Humanizado y la satisfacción con la atención de Enfermería y el nivel de Satisfacción de los Familiares de usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo es el Cuidado Humanizado de Enfermería en los familiares de usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica, 2017?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los Familiares de usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica, 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el Cuidado Humanizado de Enfermería y el nivel de Satisfacción de los Familiares de usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de la calidad del Cuidado Humanizado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica, 2017.
- Identificar el nivel de satisfacción de los Familiares de usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica, 2017.
- Establecer la relación del cuidado humanizado de enfermería con la satisfacción de los familiares de pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica 2017.

1.4. Justificación

Enfermería entendida como ciencia y arte del cuidado, a lo largo de su historia se ha destacado entre otros aspectos por la entrega de cuidados desde una perspectiva biopsicosocial. En relación a lo anterior Meleis (1) enfatiza que estos se sustentan en las relaciones que se establecen con las personas, siendo el centro de los servicios otorgados por los profesionales de Enfermería. Desde esta perspectiva es fundamental ahondar en el ámbito del cuidado humanizado, entendido como: el cuidado que va más allá de la resolución de carencias físicas, englobando ámbito psicológico, social, cultural, espiritual y de valores.

La humanización como componente elemental en la entrega de cuidados asociados a la atención de salud por parte de los profesionales, constituye un rol de suma importancia, debido a que

avala de manera cotidiana las bases teóricas en las cuales se sustenta la teoría de la práctica de Enfermería.

Jean Watson, creadora de la "Teoría del Cuidado Humano", sostiene que "ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y trans-personal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de Enfermería" (5).

Los actuales sistemas de salud buscan la mejoría constante de sus estándares de calidad, centrándose en las necesidades del usuario y deben enfocarse a la calidad global y mejora continua, no solo en los procesos puntuales y de connotación como lo es la acreditación y certificación, que, si bien son importantes, exigen sólo características mínimas, que no apuntan concretamente al trato digno y humanizado. Así, la posibilidad de medir la percepción de los usuarios en relación al cuidado humanizado entregado por los profesionales de Enfermería es fundamental.

La principal motivación para la realización del presente estudio, surge de la necesidad de conocer la percepción del familiar del paciente hospitalizado en el servicio de UCI del Hospital Regional de Huancavelica en relación al cuidado humanizado entregado por profesionales de Enfermería, puesto que estos usuarios son personas vulnerables que en su mayoría no tienen otras opciones de atención en salud, muchos no conocen sus derechos ni deberes y por lo tanto parece fundamental para la profesión y disciplina de Enfermería encontrar una herramienta que permita identificar las falencias o potenciar la calidad de la atención.

Por otra parte, la amplia gama de pacientes aporta diversas características sociodemográficas de interés para el estudio, ya que permiten estudiar los factores que inciden en la percepción usuaria del cuidado.

Uno de los propósitos de las instituciones que prestan servicios de salud es, optimizar la prestación de sus servicios y así mismo fortalecer una adecuada percepción de cuidado de los pacientes, familia y sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (6) en su constitución afirma "Toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como objetivo de la salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y la satisfacción de los pacientes".

El cuidado humanizado es propio del personal de salud, especialmente del profesional de Enfermería, siendo el cuidado el objeto de estudio, la relación constante que tiene la enfermera con personas, cobra importancia del trato humanizado y holístico que permita lograr esa calidad de atención en los servicios de atención en salud.

En el transcurso del tiempo se ha demostrado como la tensión y el estrés que se maneja en un hospital por parte de los pacientes y profesionales de la salud es alto y más en el servicio de emergencia, en donde cada paciente necesita una atención inmediata y de alta calidad para que su estadía en el servicio y en la institución sea oportuna y confortable dando resolución eficiente y segura al problema que lo está afectando.

Sin embargo, se ha podido observar que los pacientes no logran tolerar la espera de un turno y manifiestan que la atención que se brinda es deficiente. Sumado a esto, la alta demanda de personas en los servicios de emergencias hace que la tensión sea mayor, tanto para el personal de salud que atiende la emergencia como para los usuarios, así como a los familiares que perciben la atención de enfermería. Algunos pacientes pueden cambiar de opinión respecto al cuidado de enfermería al entrar en contacto con estos; y la percepción puede ser favorable o no favorable de acuerdo a muchos factores.

Es por ello que este estudio es de gran importancia porque realizó el estudio desde la perspectiva relación enfermero-paciente- familia de usuario, dando a conocer la visión integral de cuidado de enfermería que involucra al cuidador, al cuidado y su entorno, permitiendo modificar su misión y valores que competen al cuidado dado por el profesional de enfermería.

Los pacientes al finalizar la investigación se verán beneficiados puesto que la institución, especialmente el cuerpo de enfermeros al conocer los resultados del estudio generará cambios para la mejora del cuidado brindado. Los profesionales de enfermería podrán conocer la percepción que tienen los pacientes del cuidado y la satisfacción de los familiares, permitiendo dar paso a proyectos de mejora continua en calidad y aplicación de principios éticos- morales en el cuidado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Para la presente investigación se ha podido conseguir antecedentes como:

Rivera Á., L. N. y Triana Á. "Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la Teoría y la Investigación en la Práctica, en la Clínica del Country" Bogotá-Colombia 2014, investigación de tipo descriptiva correlacional llego a las siguientes conclusiones: La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson facilita y guía un cuidado humanizado de enfermería. De igual forma, contribuyó al desarrollo del trabajo "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería, en la Clínica del Country. El verdadero cuidado de enfermería tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente o usuario constituyéndose en la estructura viva del ejercicio profesional de enfermería, en la Clínica del Country. Esta experiencia investigativa permitió descubrir la riqueza de conocimiento que alberga nuestra práctica diaria, conocimiento de la disciplina de enfermería, que incentiva la mejora en el cuidado de nuestros pacientes. Así mismo, permitió rescatar aptitudes y actitudes investigativas que hicieron visible al profesional de enfermería dentro de la Institución. (7)

Acuña, L., "Humanización en el cuidado de Enfermería" Colombia 2013, realizó un estudio Comparativo y Representativo, seleccionando dos hospitales polivalentes de alta complejidad: Hospital "A": 14 camas y el Hospital "B":30 camas trabajo con una Población total: 25 enfermeros del hospital "A" 25 Enfermeros del hospital "B" trabajo con el Comportamiento del personal de Enfermería frente al ingreso de un paciente con dolor coronario agudo. Enfocándose al Frente al trato humanizado, necesidades sociales, de seguridad y protección y frente a las aplicaciones de los cuidados de enfermería. Obteniendo como resultado

respecto a la humanización en la atención encontró un 70% no favorable, un 28% medianamente favorable y un 2% favorable. Frente a las satisfacciones de necesidades de Seguridad y Protección encontró un 42 % favorable 36% desfavorable y un 22 % medianamente favorable. Frente a la aplicación de los cuidados de Enfermería encontró un porcentaje de 66% favorable, un 30% medianamente desfavorable y un 4% no favorable, y obtuvo como comportamiento de Enfermería frente al paciente con dolor coronario agudo un 52% favorable y un 4% desfavorable. (1)

Quintero D, Gonzales, T. "Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencia de Ginecoobstetricia de una Institución de II y III Nivel de Atención" Bogotá-Colombia 2012. Investigación descriptiva transversal donde **Concluyo:** En cuanto a los resultados globales de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería que arrojó el estudio se pudo ver que todas las categorías fueron calificadas de acuerdo a la atención recibida, lo que mostro una adecuada percepción de cuidado humanizado por parte de las pacientes, las categorías fueron calificadas en su totalidad en un rango bueno, lo que indica que el personal de enfermería está capacitado y es apto para brindar una Buena atención, esto es importante ya que contribuye al fortalecimiento de los comportamientos que fueron menos percibidos. (8)

Valderrama R. Olga, "Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el Hospital de Barranca" Lima – Perú 2012, cuya investigación descriptivo correlacional aleatoria. Tiene por objetivo determinar la asociación del cuidado humanizado de Enfermería y la satisfacción de los familiares de pacientes atendidos en el Hospital de Barranca. Los resultados de su investigación muestran que el 59,9% del personal de Enfermería en el Servicio de Emergencia brinda una atención con cuidado humanizado, mientras que el 40,1% brinda una atención sin cuidado humanizado. El

43,6% del personal de Enfermería contratado no brindó un cuidado humanizado, mientras que, del personal nombrado, solo el 20,5% no brindó un cuidado humanizado, diferencia significativa ($p=0,004$). Los resultados demostraron que existe asociación entre el cuidado humanizado de Enfermería y el nivel de satisfacción del familiar del paciente, es decir, que en la medida que el paciente reciba un cuidado humanizado satisfactorio de Enfermería, el familiar del paciente se sentirá más satisfecho con la labor de la enfermera. (9)

2.2. Marco teórico o marco conceptual

ENFERMERÍA

Según Orrego, "Cuidar es la base moral sobre la cual tienen que reformarse nuestras obligaciones profesionales y nuestra ética; constituye el fundamento moral a partir del cual debe regirse la praxis profesional y de manera especial, en Enfermería" (10).

La disciplina de Enfermería cuenta como eje de su quehacer, el cuidado en la atención y prestación de servicios sanitarios en salud, se ha llevado a cabo desde el principio de los tiempos y no existe otra disciplina tan comprometida con la entrega de cuidados. En un principio no poseía la connotación de profesión ni disciplina, fue a mediados del siglo XX cuando adquirió su rol profesional gracias a los emprendimientos de Florence Nightingale a finales del siglo anterior (5), quién incluyó el pensamiento científico y ético a la práctica del cuidado, otorgando las bases teóricas a la disciplina y por ende autonomía, considerando que hasta ese entonces el quehacer enfermero dependía completamente de las órdenes médicas.

La disciplina, entendida como especificidad de una formación, aludiendo al ámbito de sus conocimientos y orden académico, le dio mayor relevancia y cimiento a la profesión, ganando posicionamiento social. Lo anterior es sustentado en los diferentes postulados teóricos, los cuales han ido evolucionando y adaptándose a las necesidades de cada población (5).

Durante los años 50 la Enfermería comienza a pretender la búsqueda de una identidad propia y en 1952 se publica el primer modelo conceptual de enfermería de Hildegard Peplau, que tiene por título: *Interpersonal Relations in Nursing*. De manera concomitante en este mismo año apareció la revista *Nursing Research*, que se convierte en un órgano de difusión de primer orden en la investigación para la profesión como tal. Ya a mediados de la década del 50 y apoyado en los estudios anteriormente mencionados es que surgen definiciones de Enfermería de Virginia Henderson, la cual posteriormente es adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería en el año 1961 (5).

La Doctora Jean Watson, connotada teórica en el ámbito de enfermería reafirma el carácter humano de la atención, incorporando conceptos de humanización de cuidados, altruismo, toma de valores, cultivo de la sensibilidad y establecimiento de relación de ayuda entre los individuos, que avalan el carácter sociopsicobiológico de la disciplina (5).

El cuidado, como razón de ser de la disciplina es un proceso de protección de la vida humana que se dispone como eje de la reflexión y desarrollo de la profesión, este proceso se lleva a cabo en el contexto del ciclo vital individual y familiar, teniendo como mayor característica el dinamismo del proceso salud- enfermedad a nivel personal y comunitario (5).

2.2.1. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

La Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson presenta el concepto de cuidado como base de la disciplina de Enfermería que a través de la relación de ayuda entrega al paciente las herramientas necesarias para lograr un equilibrio entre: cuerpo, mente y alma; haciendo especial énfasis en la dignidad humana (5).

Las bases teóricas que sustentan la teoría de Watson provienen tanto de las ciencias naturales como de las humanidades, incluyendo una orientación espiritual; sus principales fuentes teóricas son: Nightingale,

Henderson, Hall, Leininger, Peplau, Gadow, Newman y Rogers; entre otros (5).

En cuanto a las premisas que sustentan su teoría, son tres principalmente, la primera plantea que el cuidado y por ende la enfermería han existido siempre, sin embargo, la oportunidad de acceder a educación superior por parte de enfermeros en formación ha permitido combinar la orientación humanística con los conocimientos científicos que sustentan los cuidados. La segunda premisa se enfoca a la claridad y calidad de la comunicación de necesidades y sentimientos, siendo la base de la relación transpersonal. Finalmente, la premisa número tres pone especial énfasis en la genuinidad de la expresión de la enfermera y su honestidad en el acto del cuidado. (1,5)

Los conceptos del meta paradigma de Enfermería según la teoría de Watson (5) son:

- Persona: "Unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería".

- Medio ambiente: "Realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. Incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado" (6, 9).

- Salud: "unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado".

- Enfermería: "experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta".

Conceptos de la teoría:

- Interacción Enfermera-paciente: protección, mejora y preservación de la dignidad humana.

- Campo fenomenológico: marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana (6, 9).

- Relación del cuidado transpersonal: unión espiritual entre dos personas que trasciende "persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno".
- Momento del cuidado: el foco en el espacio y el tiempo en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada.

Según Watson la relación del cuidado transpersonal se basa en la capacidad del enfermo de tener una visión objetiva de su situación de enfermedad y la capacidad de los profesionales de enfermería, de mostrar una genuina preocupación por la persona en todos los ámbitos del ser, creando una conexión espiritual, que facilite la curación o afrontamiento de la enfermedad; asumiendo una posición de trascendencia frente al sufrimiento que permita lograr la armonía interior (5).

Los supuestos de Watson se enmarcan en la espiritualidad de la vida, las facultades de adaptación humanas que permiten crecer y cambiar, el respeto y aprecio por la persona y la vida, la libertad para tomar decisiones y por sobre todo la importancia de una relación enfermera-paciente basada en sentimientos y emociones que permitan una cognición compartida y consenso (5).

El cuidado es el eje central de la enfermería y la única forma de llevarlo a cabo es a través de relaciones interpersonales usuario-enfermera.

2.2.2. TRATO HUMANIZADO

Durante mucho tiempo en los sistemas de salud ha primado el modelo biomédico, descuidando las necesidades del usuario en el ámbito psicológico y/o social (10).

La humanización hace alusión al ser humano y todo lo concerniente a él. La atención personalizada es el interés de los profesionales por las personas. El trato humanizado ha sido definido como: "interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad" (10).

En el ámbito de enfermería los primeros estudios realizados por Leininger tratan de conceptualizar el cuidado, en ellos se afirma que el cuidado ha existido desde siempre y que es un constructor de cuerpo y alma. También considera que el cuidado es de carácter universal y establece una diferencia entre el curar y cuidar en donde cita; "los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados pero puede existir cuidados sin curación" (10), desde esta perspectiva se reafirma el rol propio de enfermería, teoría que es apoyada por Watson en sus diferentes estudios del trato humanizado hacia las personas, considerando el cuidado como cualidad única y auténtica que se sustenta en la calidad y reciprocidad del proceso; el cuidado transpersonal como eje de las acciones para protección y resolución de los problemas de salud de la población en general.

Por tanto, es fundamental que el profesional no pierda el eje de lo que se busca hacer, el cuidado humanizado incrementa la calidad en la atención, con una consecuente satisfacción por parte de los usuarios, llevando a una mejor resolución de sus demandas asistenciales y cubriendo de manera íntegra y global sus necesidades.

En los cuidados de enfermería, el trato humanizado tiene relevancia ya que en el quehacer cotidiano se trata con personas que poseen sentimientos, dudas y temores respecto al acto sanitario y a la continuidad salud-enfermedad, por este motivo es necesaria la incorporación de pautas que midan la calidad de la atención desde la perspectiva humanizada (10).

2.2.3 GESTIÓN DEL CUIDADO

Se entiende como Gestión de Cuidado la realización de un conjunto de acciones bajo ciertos criterios éticos y profesionales propios de la enfermería, que se llevan a cabo para el logro de las metas establecidas por las diferentes entidades y/o instituciones a las que pertenece el profesional. Su finalidad es el cuidado de las personas, tomando en cuenta sus derechos y situación actual de salud (11).

El año 1997 en nuestro país se instaura la Ley N° 19.536, incorporando el inciso cuarto al artículo 113 del código sanitario, dentro del cual se le otorga de manera formal la Gestión del Cuidado al profesional de Enfermería, además de ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos asistenciales (11).

Según la Reforma la Gestión del Cuidado se encuentra en el marco de la Gestión Clínica, la cual también incluye el diagnóstico y tratamiento, es decir, la acción de “curar” adjudicada a los médicos; dejando la acción de “cuidar” a Enfermería. Todo esto con el fin de lograr atención continua y de calidad al usuario (11). La gestión clínica promueve estrategias que ordenan los procesos a nivel salud, promoviendo e incentivando la participación de los equipos en la toma de decisiones, cumplimiento de demandas de la comunidad y al desempeño eficaz de su rol, entregando prestaciones de calidad, con los mejores recursos disponibles y basados en la mejor evidencia que se disponga sobre antecedentes en salud.

Siguiendo esta misma línea de reestructuración, el año 2007, con la Norma General Administrativa N° 19 del Ministerio de Salud (MINSAL), se implementan Unidades de Gestión de Cuidado en los establecimientos de salud que brinden atención cerrada (12), aquí la gestión del cuidado se entiende como: “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustentan en políticas y lineamientos estratégicos de la institución” (12).

Kérouack (1996) plantea que la gestión del cuidado es “un proceso heurístico dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud” (13).

La importancia de la gestión del cuidado radica en: preservar y promover la calidad de los cuidados, mejorar la oferta de servicios a las personas con necesidades de salud insatisfechas, reforzar la eficacia de los

recursos, favorecer la desconcentración de las decisiones en un proceso clínico, facilitar la contribución activa de los distintos grupos profesionales, enriquecer la comunicación y disminuir la rigidez institucional (14); basados en lo anterior es que el profesional enfermero debe velar por el cumplimiento integral de todas estas metas procurando cuidados holístico a los usuarios y así dando resoluciones atinentes a sus demandas.

2.2.4. ATENCIÓN EN SALUD Y CALIDAD DE ATENCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1988, define calidad como el "desempeño apropiado de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad puede costear y que tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad y morbilidad" (15).

Donabedian A, (14) considerado el padre de la calidad, define calidad de la atención en salud como: "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención", y propone tres dimensiones para la calidad: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención. Estas influyen de manera directa en la percepción del cuidado de los usuarios.

En relación a lo anterior el mismo autor plantea que existen diferentes perspectivas de calidad: la de los usuarios externos, paciente y comunidad, quienes focalizan su visión en relación a su mejoría y recuperación, cobertura y oportunidad de los servicios, accesibilidad y la relación con los profesionales, la cual es fundamental para evaluar satisfacción usuaria. Desde la perspectiva del equipo de salud: otorgar atención segura, oportuna, basada en sólidos conocimientos, con tecnología avanzada y recursos disponibles. Y en cuanto a los administradores y financiadores: eficiencia, eficacia, compromiso y competencias del equipo de salud (14).

Hace algunos años, la calidad no se consideraba medible, Vuori y Donabedian (1996) indican tres motivos generales para el necesario control de la calidad: éticos, sociales y de seguridad y económicos. A partir de esto se hizo necesario plantear métodos que permitieran controlar la calidad dentro del contexto sanitario (14).

El documento de "Salud Pública en las Américas" del año 2002 define como novena función esencial la "garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos". Aquí se responsabiliza al Estado de velar por la calidad de la atención en salud en el sector público y privado a través del monitoreo continuo de la calidad, la evaluación de las tecnologías sanitarias, la producción de normas, y la aplicación de metodología científica en la evaluación de las intervenciones de salud(15).

El Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud. Fue un programa poco conocido, sin embargo, los temas expuestos son la base del modelo actual (15).

Entre los años 2003 a 2005 la Reforma de Salud se incluye en la ley de salud la Garantía de Calidad y Acreditación de instituciones de Salud y de acuerdo al Decreto con fuerza de Ley N°1 del año 2005 a nivel nacional, están legislados los estándares mínimos que deben cumplir hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, a fin de alcanzar la calidad en los servicios entregados, esto en avance de la gestión del cuidado la cual como se mencionó con anterioridad promueve criterios éticos y profesiones para alcanzar las metas sanitarias propuestas a nivel individual y grupal de las poblaciones. Por ello el rol del Estado es garantizar la atención de calidad, en todo el sistema de salud, también la acreditación y evaluación de la misma (15).

En el año 2013 se hace exigible la garantía de Calidad y Seguridad de los Pacientes, cuya entrada en vigencia se postergó para el año 2014.

Los cuidados en salud deben enfocarse a la calidad global y mejora continua, no sólo en los procesos aislados como la acreditación y certificación, que, si bien son importantes, exigen sólo características mínimas, que no apuntan concretamente al trato digno y humanizado.

2.2.5. DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

A partir de la Reforma de Salud en Chile (2004) se establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria y Gestión en la cual se da énfasis a la prevención en salud, disminuir las brechas de inequidad entre los más vulnerables y los más acomodados, y es a partir del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) donde se garantiza: el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en problemas de salud con alto impacto sanitario (16). En el año 2012 se establece la Ley 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su Atención de Salud (17).

Aquí se establecen dos pilares fundamentales en la entrega de servicios sanitarios, primero, recibir atención de salud oportuna, por ello existe el sistema de garantías explícitas en salud (GES) y la atención de urgencia. En segundo lugar se encuentra la atención sin discriminación, por ejemplo en personas con discapacidad psíquica o mental o privadas de libertad (17).

Dentro de los 10 derechos de los pacientes se encuentra: derecho a la seguridad en la atención de salud; derecho a un trato digno, que comprende trato respetuoso y cordial, respeto y protección a la vida privada, honra e intimidad de la persona; derecho a la compañía y asistencia espiritual y a la atención con pertinencia cultural; derecho a la información, reserva de la información contenida en la ficha clínica; derecho a la autonomía, es decir, a la voluntad de elegir. Otro derecho hace mención a las personas con discapacidad psíquica o intelectual, las que deben recibir un trato igualitario y sin discriminación; derecho a la participación de los usuarios y por último el derecho de las personas a acceder a medicamentos e insumos (18).

El paciente tiene derecho a no solo ser visto como una persona que padece cierta afección de salud, sino más bien como un todo sociopsicobiológico en el cual las influencias del entorno juegan un rol importante en su salud.

Con respecto a los deberes, se encuentra: el cuidado de instalaciones y equipamiento; respeto a los funcionarios; respetar el reglamento interno; informarse y entregar información veraz sobre su estado de salud (18).

En concordancia con lo que plantea el Código de Ética del Colegio de Enfermeras de Chile, establece directrices en relación al trato digno: la enfermera, al entregar cuidados, debe respetar los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales, verificando en todo momento que las personas reciban información suficiente para aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos; resguardando el secreto profesional de cualquier información confidencial siempre y cuando su silencio no afecte la vida o salud del individuo o de otras personas (19).

2.2.6 DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA

La dignidad de las personas como principio rector para las prácticas clínicas se pone de real manifiesto en lo que se ha mencionado en los párrafos anteriores, la persona tiene derecho a recibir un trato digno, de calidad y con un énfasis integral acorde a las demandas sanitarias de la población, además de la constitución de herramientas de soporte para el cumplimiento de las diferentes metas sanitarias propuestas a Nivel País (20).

El personal sanitario tiene la obligación de tratar con respeto a los usuarios, este principio entrega las bases para el establecimiento de relaciones interpersonales, y es un eje fundamental en la comunicación y resolutivez de los posibles problemas a solucionar (20).

Para entregar servicios de salud con justicia debe hacerse desde una mirada equitativa, es decir, no debe importar: procedencia, creencias, condiciones sociales, entre otras (20).

La No maleficencia y justicia como principios de mínimos en la bioética se aplican en la entrega de soluciones explícitas y atingentes a las demandas de los usuarios, no ocasionando daño, maximizando los beneficios con los recursos que se dispongan y velando por el contexto general del paciente. Por otra parte, el respeto a la autonomía del paciente al poner de manifiesto su percepción y la beneficencia en el sentido de tomar estas mismas críticas en pro de una mejor salud para él (20).

El término calidad es de carácter evaluativo, por ende, los juicios entorno a este son de valor y no de hecho y en palabras de Diego Gracia “consiste en la realización de los valores positivos de todo tipo y la evitación de los negativos”. En consecuencia, posee una íntima relación con la ética ya que ambas se enmarcan en la teoría de la excelencia, es decir, no hay calidad posible sin la búsqueda de la excelencia, y la promoción de la excelencia es el objetivo de la ética, la cual es un componente indispensable en todo programa de salud, así como también en el actuar de todos quienes prestan servicios en pro del cuidado humano. (21).

Es por consiguiente un valor moral del paciente el hecho de poner en evidencia como perciben el desempeño de los prestadores de salud, mediante las diferentes encuestas, protocolos de gestión de reclamos y otras herramientas existentes a nivel país para la medición de los estándares enunciados anteriormente.

2.2.7. SATISFACCIÓN USUARIA

En el marco de la calidad de atención y con base en las normativas vigentes, se mide la percepción usuaria de la atención entregada por parte de los profesionales de salud. En las últimas décadas, el elemento comunicativo se ha establecido como un componente esencial para la salud y el bienestar, pasando a ser parte de los mismos recursos que intervienen en una buena entrega de salud por parte de los funcionarios sanitarios. Puerto (2007) basándose en la OMS rescata de manera

imperativa que la habilidad para comunicar y de buena manera, contribuye positivamente a una vida saludable (22).

En la década del 70' a nivel mundial se manifiesta la satisfacción usuaria como "una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente" (23), mientras que Cafferata y Righmann plantean que puede ser entendida como una "entrada" (input) a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos, principalmente (23). A partir de esto comienza a surgir el concepto de "trato humanizado", el cual ha sido enmarcado dentro de cinco elementos fundamentales; excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final en su salud (24).

2.3. MARCO EMPÍRICO

González menciona que Alvis, basado en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, realiza en Bogotá el año 2002, un estudio fenomenológico que describió la experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en pacientes hospitalizados. A partir de la interacción del cuidador-ser cuidado, define 9 comportamientos del cuidado humanizado: sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención (25).

Nelly Rivera Álvarez y Álvaro Triana, a partir de la investigación de Alvis et al realizan en Bogotá el año 2007 el estudio: "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en pacientes hospitalizados en la Clínica del Country", de tipo transversal descriptivo con abordaje cuantitativo, cuyo resultado fue la elaboración del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería" (PCHE), el cual actualmente posee validez facial y de contenido (7).

Otro estudio colombiano realizado por Bautista L. M. el año 2008, con enfoque cuantitativo transversal "Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE (Empresa Social del Estado) Francisco de Paula Santander" describió cómo 202 usuarios hospitalizados en el servicio de especialidades médicas, percibieron la calidad del cuidado del personal de enfermería, para ello se utilizó el instrumento Caring Assessment Questionnaire (Care-Q) de Patricia Larson, el cual consta de cincuenta preguntas divididas en subescalas del comportamiento de la enfermera: accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, y monitorea y hace seguimiento. Los resultados obtenidos dicen que los comportamientos más importantes están relacionados con habilidades del personal como: administrar tratamientos, saber aplicar inyecciones, etc. Los comportamientos menos importantes son: preguntar al paciente cómo prefiere que lo llamen, sentarse con éste, ser jovial, ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios de su estado de salud (26).

El estudio colombiano de tipo descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo, realizado el año 2009 por González y Quintero, titulado "Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención", donde se utilizó el instrumento PCHE primera versión a 30 pacientes, donde se obtuvo que el 73% de los paciente siempre percibieron comportamiento de cuidado humanizado por parte de los/las enfermeros, 11% casi siempre, 12% algunas veces, 4% nunca percibieron un trato humanizado (27).

Otra investigación, descriptiva de tipo transversal, realizada en Perú el año 2010 por Espinoza, Huerta, Pantoja, Velásquez, Cubas y Ramos, llamado "El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Octubre de 2010", donde se encuestó a 65 pacientes, y se concluyó que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, evidenciando una atención de baja calidad (28).

El estudio "Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por Enfermería en una IPS de tercer nivel. Cartagena 2013" fue realizado el año 2013 en Colombia por Acosta, Mendoza, Morales y Quiñones, se utilizó como instrumento de medición el PCHE, obteniéndose como resultados que el 70% de las personas hospitalizadas encuestadas siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado en el personal de enfermería, un 15% casi siempre, un 11% algunas veces y un 4% respondió que nunca percibió comportamientos de cuidado humanizado en la enfermera. La categoría mejor evaluada por los participantes del estudio fue "priorizar al ser cuidado" y la peor evaluada fue la categoría "proactividad" (29).

El estudio chileno "Percepción sobre el cuidado humanizado proporcionado por la enfermera en atención cerrada" realizado por Bettancourt y Landman, presentado en el XIV Coloquio Panamericano de investigación en Enfermería, en Cartagena de Indias (Colombia) en septiembre del 2014, señala que de un muestreo no probabilístico en 138 personas hospitalizadas en 4 servicios de un hospital público de Valparaíso, donde se utilizó la segunda versión el instrumento PCHE, se obtuvo que el promedio de hospitalización es de 7,25 días. Con respecto a la Percepción global, el 84,06% Siempre percibió cuidado humanizado, 11,59% Casi siempre, 4,35% Algunas veces. No hubo diferencias de edad, sexo o dependencia. Las categorías con mayor percepción fueron Cualidades del hacer (95,75%), priorizar al ser cuidado (94,93%), apoyo físico (94,20%). Las Categorías de menor percepción son apoyo emocional (92,75%), proactividad (90,58%) y empatía (90, 58%) (30).

2.3.1. Cuidado humanizado:

Según Jean Watson el proceso de Cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente.(5)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina Humanización: "Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida". (2)

2.3.1.1. **Cuidado Humanizado**, es el conjunto de acciones fundamentadas con la relación entre paciente –enfermera, además del dominio de lo técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno en que desenvuelve. (5)

Para términos de esta investigación, se define el cuidado humanizado de enfermería como el conjunto de acciones fundamentadas por conocimiento técnico-científico, al igual que la interacción permanente y continua que establece el equipo de enfermería con el paciente que asiste el servicio.

2.3.1.2. **El Proceso del cuidar**

Según Vera Regina Waldow, el proceso del cuidar es la forma como se da el cuidado. Es un proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado; en que la primera tiene un papel activo, pues desenvuelve acciones y comportamiento de cuidar. El segundo ser cuidado, tiene un rol, más pasivo y, en función de su situación, puede contribuir con el cuidado, al desempeñar un rol menos pasivo y ser responsable del propio cuidado en situaciones de educación para la salud. (5)

El proceso de cuidar es definido aquí como el desarrollo de acciones, actitudes y comportamientos basados en conocimiento científico, experiencia, intuición y pensamiento crítico, realizados para y con el paciente / cliente / ser cuidado, en el sentido de promover, mantener y / o recuperar su dignidad y totalidad humana. Esa dignidad y totalidad engloba sentido de integridad y la plenitud física, social, emocional, espiritual e intelectual en las fases del vivir y del morir. Y constituye, en último análisis un proceso de transformación de ambos, cuidadora y ser cuidado. (5)

La acción de la cuidadora deberá converger para que el cuidado produzca crecimiento, transformación, no importando las circunstancias, pues la finalidad del cuidado es ayudar a crecer sea para la vida, sea para la muerte, sea para la incapacidad.

El cuidado no tiene tiempo ni espacio, se inicia antes de la interacción del cuidado propiamente dicho, entre cuidadora y ser cuidado, y se prolonga después de su término, produciendo efecto propiciando cambios que podrían contribuir para los próximos momentos reales, es decir, en que la interacción se concrete con la presencia de ambos. El momento de cuidar, está representado por un movimiento ondular traducido por tiempo y espacio indefinidos; el movimiento es evolutivo, energético, transformativo y por eso, estético.

Fase Pre-reflexión

Para que ocurra el cuidado, la cuidadora percibe la situación y el paciente como un todo. Ya en ese momento el pensamiento crítico a través de la reflexión inicia su proceso, tomando conocimiento de la situación y del paciente, enseguida la cuidadora identifica la necesidad de cuidado y verifica los medios disponibles para que el mismo se realice, esa acción incluye el desarrollo de la interacción interpersonal, ofrecimiento de un ambiente adecuado, ofrecimiento de presencia real, significando estar centrada en él y su situación, estar con presencia de cuerpo y alma, empatía demostración de seguridad y eficacia en el desempeño de las intervenciones o procedimientos necesarios.

Las primeras fases del momento de cuidado, tales como sobre todo la percepción y la identificación, necesariamente no ocurren de formas secuenciales y pueden ser simultáneas.

Fase Reflexiva

La acción es también reflexiva. Mientras la cuidadora desempeña la acción, hace preguntas, hipótesis, y ya estará también, evaluando.

Durante y después de la acción la cuidadora chequea la reacción del paciente y, en ese proceso, la reflexión es más bien objetiva.

Fase Post-Reflexiva

La cuidadora reflexiona sobre lo que se hizo hasta entonces, cómo se hizo, quién ejecutó la acción, las reacciones y condiciones del medio ambiente, material, así como reflexiona sobre sus valores y sentimientos en relación a la situación.

Hace una evolución general del evento y se ve como cada componente involucrado se comportó, paciente, equipo de enfermería, familia, equipo de salud.

Esa reflexión tiene el objetivo de auxiliar en el aprendizaje, en la actualización de las cuidadoras y en la mejoría del cuidado.

Las variables del ser cuidado constituyen factores importantes para que el proceso de cuidar ocurra, y la cuidadora debe tener, en la medida de lo posible, conocimiento de esas variables.

La motivación es una variable importante y constituye la disposición para ser cuidado, su disposición para ayudar y su deseo de crecer, incluyendo deseo y voluntad de vivir, aumento de conocimiento y aceptación frente a los misterios de la vida y la muerte.

Las expectativas del ser cuidado tienen una gran influencia en la forma como se procesa el cuidado. Las experiencias previas con salud, enfermedad, hospitalización, y con cuidadores, son importantes para ayudar o para dificultar el cuidado, y su conocimiento puede auxiliar a amenizar estados de ansiedad, en caso de que las experiencias hayan sido negativas.

El conocimiento de los rituales de cuidado, es una variable importantísima para asegurar que el cuidado sea significativo. Respetar esos rituales intentando adaptarlos a las rutinas de la organización, acarrea mayor satisfacción y confianza.

La familia es otra variable importante, su presencia y cariño son fundamentales y el equipo debe estar atento, aclarando, informando,

y dando apoyo, pues así habrá gran ayuda para el crecimiento del ser cuidado. Si la familia no se siente suficientemente aclarada, si los miembros del equipo son indiferentes a los sentimientos y necesidades, la familia, en vez de ayudar, puede dificultar el proceso de cuidar familias ansiosas, en función de la gravedad de la situación del paciente, o con falta de información, a veces provocan reacciones negativas por parte del equipo de salud. En verdad, en la mayoría de las veces, la familia también necesita de cuidado y puede a través de su comportamiento, estar expresando y solicitando eso.

La variable de la cuidadora se compone de motivación, experiencia, conocimiento, habilidades técnicas, capacidad para cuidar y sentimientos. Esas variables fueron también definidas en función de la estatura, de las investigaciones y de la experiencia, vistas como factores o atributos necesarios para que el proceso de cuidar se desarrolle.

La motivación incluye el deseo de cuidar, los valores, el compromiso y la ética de la cuidadora.

Está también bastante relacionada a la experiencia y al medio ambiente de la organización, como valorización de la enfermería y del cuidado, apoyo, remuneración, etc.

La experiencia educativa acerca del cuidado proporcionado por la institución formadora puede también influir, así como la experiencia con el sistema de salud, la relación con superiores inmediatos y con el equipo, el manejo con la autoridad y la experiencia con situaciones previas de cuidado. La intuición es también un componente esencial y bastante relacionado a la experiencia.

El conocimiento representa no solo aquel adquirido en la academia, como también la experiencia y el interés en mantenerse actualizada. Aunque las escuelas proporcionen el conocimiento básico, las cuidadoras deben buscar la complementación del conocimiento, actualizándolo, perfeccionándolo. La reflexión que debe ocurrir antes,

durante, y después de la acción de cuidar demuestra ese compromiso con el conocimiento. **Las habilidades técnicas** componen la variable con que la enfermería está más familiarizada. Realizar procedimientos, como ya se mencionó anteriormente, en el paciente, es diferente a realizar procedimientos para el paciente, interactuando con el mismo. De esta forma, desempeñarlos mecánicamente, sin conocer de lo que se está haciendo y del motivo, pueden ocasionar daños al paciente, además de contribuir al desprestigio de la profesión de enfermería.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial- fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker:

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

Premisa 2. "La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona". El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde

la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

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

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (Geist) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

Conceptos de Metaparadigma de Enfermería

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

Medio ambiente, es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo.

El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

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

Enfermería, la enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”.

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

Jean Watson, autora de la “**Teoría del Cuidado Humano**”, sostiene que “ante el de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

La base de la teoría de Watson es la práctica de la enfermera en los 10 factores de cuidados. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que

abarca enfermería. Los tres primeros factores independientes sirven como fundamento filosófico para la ciencia del cuidado.

Formación de un sistema humanístico-altruista de valores

Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden percibir una gran influencia por parte de las enfermeras, educadores.

Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentimiento de uno mismo.

Inculcación de la Fe-Esperanza

Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando para que adopte las conductas que buscan la salud.

Cultivación de la sensibilidad para uno mismo y para los demás

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto-actualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

Desarrollo de una relación de Ayuda-Confianza

El desarrollo de una relación de ayuda confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico.

La empatía es la capacidad para la experiencia y por lo tanto sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y

para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla, una postura relajada, abierta y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.

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

Uso sistemático del Método Científico de Solución de Problemas para la Toma de Decisiones

El uso del proceso de enfermería aporte un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal

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

Provisión del Entorno de Apoyo, Protección y Correctivo Mental, Físico, Sociocultural y Espiritual

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los

individuos. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas

La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior. La consecución y afiliación son necesidades psicosociales de rango superior intrapersonal-intrapersonal.

Permisión de fuerzas Existenciales Fenomenológicas

La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender .se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás.

Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los diez factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de salud.

Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando los métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida.

Modelos y Teorías en Enfermería (1)

La enfermería fenomenológica es una experiencia vivida entre seres humanos (enfermera-paciente). Su objetivo es el de proporcionar el bienestar de las personas, estando comprometida, por lo tanto, es un contexto humano, donde ambos sufren las influencias de este encuentro.

Categoría de sentimientos del paciente

Teniendo en cuenta los estudios revisados se puede concluir que el primer encuentro o contacto con la enfermera-paciente, conforma una relación, en donde se pone en marcha un determinado proceso, produciendo un intercambio comunicativo, reconociendo sus sentimientos, así como su realidad, explorando el proceso de evolución del paciente. De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como "La relación de cuidado humanizado en la persona hospitalizada en la persona hospitalizada genera en los sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera-paciente tales como sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, acompañado, informado, recibir calor humano y cariño, estar orientado, sentir afecto e incluso crecer como ser humano. Sentimientos que se constituyen en la oportunidad de sanación y crecimiento tanto de la enfermera como del paciente.

En cuanto a la categoría de sentimiento, Richard S. Lazarus (1991), sugiere la teoría de incluir sentimiento en el marco de las emociones, ya que estas se conciben en sentido muy amplio. Considerando el sentimiento y la emoción como conceptos interrelacionados, en el cual la emoción englobaría al sentimiento. Por ello define sentimiento como el componente subjetivo o cognitivo de las emociones, como lo dice Watson en dos de los diez factores que ejerce el profesional de enfermería. (8)

Categoría característica de la enfermera

El personal de enfermería debe poseer características que los haga diferentes a los demás profesionales de salud, su trato hacia los pacientes debe ser cálido, respetuoso, debe brindar estímulos positivos para así establecer una relación terapéutica en donde el paciente se sienta atraído a interactuar para poder llevar a cabo un buen desempeño de roles y salir de cualquier crisis ya sea física o emocional por la que este atravesando, el personal de enfermería es además de un apoyo una guía para cada uno de los usuarios . De

acuerdo a esto Alvis C. Tania y col. definen esta categoría como “Son todos aquellos comportamientos de la enfermera que durante la caracteriza, siendo lo más destacados: persona cálida, querida, especial, agradable, que demuestra su simpatía, amabilidad y cordialidad en la atención”. En cuanto a la imagen la conocida teórica Virginia Henderson plantea: “La imagen del personal de enfermería para el futuro parece requerir una combinación especial del viejo y cálido espíritu de Florence Naghtingale con las nuevas habilidades profesionales Quizás la lámpara como símbolo de la enfermería pueda servir todavía a su propósito , si el personal puede lograr combinar la luz (habilidades profesionales), con la calidez que esta irradia (respuesta personal ayuda).

Categoría apoyo emocional

Que se les brinda a las personas, es el complemento indispensable para un adecuado tratamiento. El objetivo central del apoyo emocional es lograr que el paciente asuma una posición activa ante su estado y tratamiento, siendo similar a los propuestos por Naghtingale en donde “una enfermera debe ser una persona en la que se pueda confiar, en otras palabras, capaz de ser enfermera de confianza, no puede ser ligera habladora; nunca debe contestar preguntas sobre su enfermo; debe ser estrictamente moderada y honesta” y esto corresponde a la relación ayuda-confianza propuesta por Watson.

Esta posición activa permite que el paciente se fortalezca internamente lo cual es un factor influyente en la recuperación de la vida cotidiana y por supuesto influirá en la recuperación y mejoría en la calidad de vida. De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “Es el apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un buen trato cordial y amistoso, con calor humano en un ambiente tranquilo, cómodo y de confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente aliento y le permite percibir un entorno

familiar, alegre y entretenido". En cuanto al estudio "Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta "esta categoría describe una forma de asistencia a la parturienta, efectivamente marcada por el apoyo físico y emocional, evidenciando una profundización en la calidad de esta relación.

Categoría apoyo físico

Se basa en hacer sentir bien al paciente, esto implica que cada enfermera al valorar a su paciente lo trate como una persona que se merece respeto no como una enfermedad más, el mirarlo a la cara cuando se le habla, disminuir su dolor, atender sus necesidades y brindar comodidad tanto física como mental, es por esto que es gran importancia brindar apoyo físico como mental, es por esto que es de gran importancia brindar apoyo físico a cada uno de los pacientes que consultan diversos servicios.

De acuerdo a esto Alvis C. Tania y Col. definen esta categoría como "Es el componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas pero significativas, como son el mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor". Dentro de la investigación "La comunicación con los pacientes" se encontró que la comunicación con los pacientes no solo se da con palabras.

Para brindar un cuidado integral es importante establecer entre la enfermera y el paciente una relación de confianza y de ayuda, en la que haya disposición al diálogo y la escucha, utilizando una terminología clara y comprensible que facilite la comunicación y que permite identificar y satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna.

Categoría cualidades del hacer de la enfermera

Hace referencia a la información y educación que requiere el paciente para atender la situación actual y el tratamiento, el ser honesto con el paciente sobre su condición médica, es el comportamiento más importante para el puesto que muestre gran interés en que se explique o se informe sobre su condición actual. El personal de Enfermería debe fortalecer el rol funcional de educar en el proceso de formación, en el cual se debe brindar los elementos necesarios que fortalezcan la estabilidad. De acuerdo a esto Alvis C. Tania y Col definen esta categoría como "Hace referencia al óptimo al desempeño es profesional en cuanto al conocimiento que refleja en su trabajo, cumple con el deber profesional, reconoce sus debilidades, sigue las indicaciones del tratamiento, el apoyo que brinda a sus compañeras, el trabajo en equipo y la capacidad de liderazgo que tiene frente al grupo"

Categoría proactividad

Esta categoría es de vital importancia puesto que hace referencia a los comportamientos que se deben realizar para evitar posibles complicaciones, aquí es fundamental que el profesional de enfermería se identifique ante el paciente, le explique qué procesos se llevarán a cabo para que se pueda tomar decisiones, además de animarlo para que comunique todo lo que pasa y llama en caso de necesitarlo, mas no que sientan temor al expresar sus ideas. Ya que para Watson e l personal de enfermería tiene la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas.

De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como "Son todos aquellos comportamientos del enfermero (a), que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente darle información precisa y oportuna a él y a su familia acerca de la hospitalización y hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándoles procedimientos.

La proactividad contribuye a una atención oportuna que va más allá de las necesidades del paciente, que le concientiza y le hace más participe en el proceso de recuperación”.

El psiquiatra judío Vicktor Frankl, define la proactividad como “La libertad de elegir nuestra actitud frente a las circunstancias de nuestra propia vida”.

Mientras que Steven Covey considera que la esencia de la persona proactiva, es la capacidad para subordinar los impulsos a los valores. Para ello compara la actitud de las personas proactivas y las personas reactivas.

Categoría priorizar al ser cuidado

Cada paciente es único y por tanto sus pensamientos y actitudes también, es por esto que el profesional de enfermería debe tratar a los pacientes como seres únicos, priorizar cuidados, atender a cada uno de los llamados las veces que sea necesario, es de gran importancia llamar a cada paciente por su nombre puesto que esto los hace sentir que no son un paciente más. De acuerdo a esto Alvis C. Tania y el Col definen esta categoría como “Hace referencia a l cuidado de enfermería que está orientado a priorizarla persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva mediante la identificación por el nombre.

Categoría empatía

Es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades llegando a compartir sus sentimientos ideas para a tal fin.

Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar y por lo tanto comprender las percepciones y sentimientos de otra persona,

así como la capacidad para comunicar esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado. Y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones.

Carl Rogers habla de la empatía por primera vez en el contexto de una relación terapéutica, definiéndola como "La captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él, y una vez captados, comunicárselo". Este concepto de empatía va más allá, se enmarca dentro del concepto de comunicación humana (bidireccional) con dos aspectos a destacar: primero, comprensión de sentimientos y del significado de estos sentimientos y del significado de estos sentimientos para quien los padece, y segundo, comunicación verbal o no verbal de que le estoy comprendiendo (primero la no verbal). La empatía es ser capaz de entender lo que siente el otro, aunque no compartamos los mismos sentimientos.

Categoría disponibilidad para la atención

Buen profesional de enfermería es aquel que busca brindar lo mejor de sí para lograr la estabilidad de su paciente, dedicándole tiempo a todo lo que lo rodea, como aplicar su medicamento a la hora exacta, identificar sus necesidades y respondiendo con rapidez a todos sus llamados.

Por otro lado, Jhon B. Watson fue un psicólogo norteamericano que pensaba que los humanos ya traían desde su nacimiento, algunos reflejos y reacciones emocionales de amor y furia, y que todos los demás comportamientos se adquirirán mediante la asociación estímulo-respuesta; esto mediante un acondicionamiento. Desde esta teoría, la profesión de enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida.

El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que solo resultad si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos.

Por su parte Meleáis concibe la salud como un estado diferente a la vida. En su modelo al hablar de condiciones que hacen problemática la transición de roles deja expuestas sus creencias cuando dice: al nivel de salud y enfermedad los cambios repentinos que van de la salud a la enfermedad a una minusvalía permanente con la cual el paciente deberá vivir. (8).

Este autor clasifica la teoría de enfermería en tres categorías: 1) Teoría de necesidades, corresponde a las que se enfoca en lo que las enfermeras hacen, tales como la teoría de Dorotea Orem, Faye Genn Abdellah y Virginia Henderson. 2) Teoría de interacción, las que se enfocan en ver como la enfermera realiza o conducta del cuidado, tales como las teorías de: King, Paterson y Zedrad, Weidenbach y Falls. 3) Teoría de resultados, se centra en los resultados del cuidado y la naturaleza del receptor del cuidado. (5)

Leininger, a través de estudios transculturales realiza los primeros intentos para clarificar y conceptualizar la noción del cuidado: e l cuidado es para enfermería el dominio central del cuerpo de conocimiento y las prácticas. Afirma que, el constructo cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento y supervivencia de los seres humanos. (5)

El cuidado permitió a la especie humana vivir y sobrevivir bajo las más adversas condiciones ambientales, sociales, económicas y políticas. Los antecedentes del cuidado ya se remontaban a la mitología romana, en que el Cuidado es quien crea al hombre y lo protege. De esto se deriva que la acción de cuidar es, entonces, algo propio del ser humano y revela su íntima constitución.

Leininger, considera que el cuidado es de carácter universal, pero son los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrollan los que varían culturalmente, es así que en la cultura anglosajona se distingue entre los términos de Care. y. Caring, Care es la acción de cuidar y Caring incorpora además un sentido e intencionalidad humanitaria en enfermería. (5)

Otros aspectos a considerar por teóricos de enfermería como Leininger es establecer la diferencia que existe entre curación y cuidados en donde agrega: los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados, pero puede existir cuidados sin curación.

Las diferencias ontológicas entre las actividades de curar y las de cuidar, de acuerdo a Medina, se basan en la disimilitud de la perspectiva epistemológica y filosófica de la que ambas parten.

Los aspectos biomédicos y curativos se basan en una perspectiva analítica, empírica y experimental, reduciendo lo humano a lo biológico, el ser humano es una enfermedad u objeto de estudio.

En cambio, el cuidado de origen ancestral tiene una mirada diferente, ve al sujeto como enfermo- sujeto, antes que su enfermedad -objeto, permitiendo que el sufrimiento que puede ser aliviado no sea ocultado en la profundidad biológica del organismo. Los cuidados reducen las distancias entre los tratamientos y el sentido de la enfermedad, por lo cual enfermería se basa en una visión holística, biopsicosocial, centrándose en las respuestas a los procesos mórbidos y de salud. (5)

2.3.2. SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL USUARIO

Para la Organización Mundial de la Salud la **Calidad** consiste en "Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria

óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de los pacientes y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente" (6)

Satisfacción

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE): "Es el sentimiento de bienestar que se obtiene cuando se ha cubierto una necesidad", en este caso es la respuesta acertada hacia una queja, consulta o duda. (Diccionario RAE, 2014)

Familia

El significado etimológico de la palabra "familia" es bastante disperso; así encontramos a la familia como un conjunto de dos o más persona unidas por un vínculo sanguíneo y/o afectivo que habitan en un determinado lugar. (32)

La familia es un grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. Idealmente, proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización.

Satisfacción Familiar

Es la percepción fenomenológica del bienestar interaccional de los miembros del sistema familiar.

La satisfacción, definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo y está relacionada estrechamente con otras variables como autoestima, depresión, locus of control, etc. Tradicionalmente, los sujetos consideran que la familia y el trabajo como dominios para explicar su satisfacción global.

Familia y el paciente

La hospitalización en emergencia es frecuentemente vista por el paciente y su familia como una situación de crisis. La rápida y abrupta instauración de una enfermedad y/o accidente repentino, inhibe la preparación psicológica de la familia y requiere adaptarse a una situación que conlleva cambios significativos en sus roles. (32)

En este período inicial, en el cual son especialmente vulnerables, es esencial que tanto el paciente como la familia reciban ayuda efectiva. Algunas de las necesidades que los familiares experimentan no quedan cubiertas, puesto que en nuestro país apenas existen cuidados sistemáticos dirigidos a ellos. Son los propios profesionales los que a menudo reconocen que las actividades que realizan con la familia en el momento del ingreso son escasas. Desde el punto de vista de los familiares, éstos perciben que el rol del personal de salud se centra exclusivamente en el paciente, y no en la percepción de la familia del estado de salud de su familiar.

FAMILIA QUE EXPERIMENTA UNA CRISIS DE SALUD

La enfermedad en un miembro de la familia es una crisis que afecta a todo el sistema familiar; los papeles y responsabilidades previamente asumidos por la persona enferma. Por lo que la familia experimenta ansiedad porque los miembros están preocupados por la persona enferma y por la curación de la enfermedad. Esta ansiedad se complica por responsabilidades adicionales cuando existe menos tiempo o motivación para completar las tareas normales del hacer diario. Asimismo, las familias necesitan creer que buscar apoyo de otras personas es una señal de fortaleza y no un signo de debilidad, ya que las enfermeras pueden ser parte del sistema de apoyo a las familias. Por otro lado, las enfermeras comprometidas en el cuidado centrado en la familia involucran tanto al individuo enfermo como a la familia, las enfermeras puedan proporcionar apoyo e información mediante la interacción con las familias. Para ayudar a las familias a reintegrar a la persona en forma al hogar las enfermeras utilizan los datos recogidos durante la valoración de la familia para poder identificar los déficits y los recursos con los que cuenta esta. (9)

Satisfacción de la familia

Entre el personal de enfermería, el paciente y su familia surge una dinámica excepcional de interacción en el escenario del cuidado del paciente. La función de enfermería se orienta en dos sentidos: debe

servir de línea directa para que el paciente se comunique con su familia cuando la situación se lo permita y debe buscar que el familiar sienta que su pariente está en las mejores manos, que recibe un cuidado de excelente calidad y que puede esperar el desenlace de la situación de crisis que atraviesa, con la confianza que se está brindando lo mejor para atenderlo. En este sentido para enfermería conocer el grado de satisfacción de los familiares acerca de la calidad del servicio que brindan, es un indicador de cumplimiento del encargo de contribuir al fortalecimiento de la calidad del cuidado, de la imagen profesional e institucional. (33)

Cuando se trata de evaluar la calidad del servicio ofrecido, la satisfacción de usuario (cliente) es uno de los indicadores más sensibles de una calidad excelente.

Kart Albrecht en su obra "Gerencia del servicio" plantea que la excelencia consiste en conocer, satisfacer y sorprender a los clientes. El paquete de valor que se ofrece al cliente es un conjunto de cosas tangibles e intangibles que determinan para el cliente el valor integral recibido.

Cuando se evalúa la calidad del cuidado de las personas en estado de emergencia, lo ideal es que la calidad obtenga buenas respuestas, de tal manera que se superen las expectativas de los usuarios. Sin embargo, como humanos los trabajadores de la salud hacen cosas muy bien y algunas no tanto.

Unidad de Cuidados Intensivos:

La *unidad de cuidados intensivos* es un servicio sumamente especializado ya que los pacientes que allí se atienden padecen enfermedades graves que deben atenderse con capacidad y prontitud, así como con todo lo necesario para atender toda clase de padecimientos.

La importancia de la terapia intensiva es central si tenemos en cuenta que este es el espacio en el cual los enfermos o pacientes más delicados

deben ser atendidos por profesionales de la salud, de manera constante a fin de evitar cualquier tipo de sobresalto o cambio abrupto en el estado de su salud. En ella, enfermeros están al permanente cuidado de los pacientes y son constantes también las visitas de médicos y otros profesionales.

Unidad de Cuidados Intensivos:

La Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, atiende los pacientes más críticos bien sea por su enfermedad o por una situación que requiera un monitoreo especial. En la Unidad, hay un médico especialista en cuidados intensivos las 24 horas. Sin embargo, el médico tratante, seguirá siendo el responsable de la atención del paciente. El grupo de enfermería que atiende estos pacientes es altamente calificado, con especialidad y entrenamiento en pacientes críticos. Recuerde que, para preservar la vida de su familiar, se puede recurrir al uso de máquinas de soporte vital, diálisis, monitoria invasiva y resucitación cardiopulmonar. Los médicos intensivistas están ampliamente capacitados para desarrollar estas terapias.

ROL DE LA ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La enfermería, a lo largo de las últimas décadas, ha logrado incorporar a sus multifacéticas actividades, un papel principal en la actuación de primera urgencia en las instituciones asistenciales y en las ambulancias, que es en muchos casos decisivo, para lograr la calidad en el servicio. (MINSAL, 2012)

Mediante el cumplimiento de indicaciones médicas o por procedimientos o modos de actuar, que ejecuta de forma independiente, inciden en el propósito colectivo de aliviar, mejorar o eliminar el problema del paciente en el menor tiempo posible.

Su labor es imprescindible en actividades fundamentales como son:
Recepción: El enfermero es la primera persona que recibe, clasifica al paciente y dirige su atención por prioridades, para ello, debe tomar las

medidas vitales inmediatas y desencadenar la alarma ante una emergencia.

Evaluación: El enfermero evaluador es el encargado de evaluar todos aquellos síntomas y signos que refiere el paciente y realizar un diagnóstico preliminar, también del monitoreo y seguimiento de los casos una vez estabilizados.

Manejo: En dependencia de su calificación puede ejecutar acciones por prioridades vitales, reanimación, proceder e incluso instituir tratamiento medicamentoso según protocolos básicos y avanzados. **Relación con el paciente:** Los enfermeros deciden la satisfacción porque son los primeros o uno de los primeros en contactar con el paciente, son los que más tiempo están con ellos, son los que cumplen las indicaciones médicas que decidirán el resultado técnico, son los que más roce tienen con el paciente y su familia, por lo que podrán conocer más fácilmente sus insatisfacciones e incomprensiones.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Cuidado Humanizado

Es el conjunto de acciones fundamentadas con la relación entre paciente –enfermera, además del dominio de lo técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno en que desenvuelve.

Satisfacción

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE): "Es el sentimiento de bienestar que se obtiene cuando se ha cubierto una necesidad", en este caso es la respuesta acertada hacia una queja, consulta o duda. (Diccionario RAE, 2014)

Familia

El significado etimológico de la palabra "familia" es bastante disperso; así encontramos a la familia como un conjunto de dos o más persona unidas por un vínculo sanguíneo y/o afectivo que habitan en un determinado lugar.

Satisfacción Familiar

Es la percepción fenomenológica del bienestar interaccional de los miembros del sistema familiar.

Familia y el paciente

La hospitalización en emergencia es frecuentemente vista por el paciente y su familia como una situación de crisis. La rápida y abrupta instauración de una enfermedad y/o accidente repentino, inhibe la preparación psicológica de la familia y requiere adaptarse a una situación que conlleva cambios significativos en sus roles.

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Definición de las variables

Cuidado humanizado

Cuidado Humanizado, es el conjunto de acciones fundamentadas con la relación entre paciente – enfermera, además del dominio de lo técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno en que desenvuelve.(5)

Satisfacción familiar

Es la percepción fenomenológica del bienestar interaccional de los miembros del sistema familiar. (33)

La satisfacción, definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo y está relacionada estrechamente con otras variables como autoestima, depresión, locus of control, etc. Tradicionalmente, los sujetos consideran que la familia y el trabajo como dominios para explicar su satisfacción global. (33)

3.2. Operacionalización de variables

Variable 1: Cuidado humanizado

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Cuidado humanizado	Según Jean Watson el proceso de Cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. (5)	Máxima expresión de las competencias de las enfermeras en el servicio de emergencia.	Sentimientos del Paciente	Sentirse apreciado sentirse valorado
			Interacción de la Enfermera	Ser agradable Ser amable Ser clara
			Apoyo Emocional	Dar Confianza Dar tranquilidad Dar buen trato
			Apoyo Físico	Mirar al paciente Mantener contacto Físico
			Cualidades del hacer de la Enfermera	Lideran el equipo de trabajo Trabajan en equipo
			Proactividad	Dar información precisa Responder preguntas Hacer concientizar
			Empatía	Comprender sentimientos Relación cálida
			Priorizar al ser cuidado	Tener en cuenta al paciente Tener en cuenta como persona Respetar decisión Respetar su intimidad
			Disponibilidad para la atención	Tener tiempo para las necesidades Disponibilidad para escuchar Preguntar cómo está su ánimo Preguntar cómo se siente

Variable 2: Nivel de Satisfacción

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Nivel de Satisfacción Familiar	Es la medida de la percepción del bienestar interaccional de los miembros del sistema familiar SATISFACCIÓN FAMILIAR: Percepción fenomenológica del bienestar interaccional de los miembros del sistema familiar	Información	Información durante la estancia Respuesta de preguntas de familiares de forma precisa y clara	Ordinal
		Calidez Humana y Confort	Trato amable, cortés Brinda atención en comodidad y respetando la privacidad	
		Capacidad Técnica y Científica	Capacidad Técnica e información sobre sus cuidados.	
		Oportunidad de prestación de servicio	Administración de tratamiento oportuno. Satisfacción de necesidades oportunas.	
		Imagen de labor de Enfermería.	Atención de Enfermería: rápida segura, libre de riesgos.	

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

Existe relación directa entre Cuidado Humanizado de Enfermería y el nivel de Satisfacción de los Familiares de usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica 2017.

3.3.2. Hipótesis específicas

No existe relación directa entre Cuidado Humanizado de Enfermería y el nivel de Satisfacción de los Familiares de usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica 2017.

La satisfacción de los Familiares de usuarios atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica 2017 es insatisfecho.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

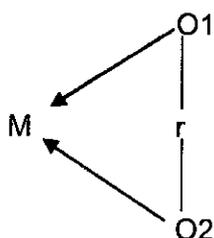
4.1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo descriptiva–correlacional; descriptiva, porque está orientado al conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación espacio-temporal dada; y correlacional; porque tienen el propósito de evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular. Tales correlaciones se expresan en hipótesis sometidas a prueba (34)

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño utilizado en el estudio fue: Diseño No Experimental Transversal Descriptiva y Correlacional. Diseño No Experimental; porque carecen de manipulación intencional y tan solo se analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia. Transversal; porque permite realizar estudios de investigación de hechos y fenómenos de la realidad en un momento determinado del tiempo. Descriptiva, porque facilita analizar y conocer las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad en un momento determinado del tiempo. Correlacional; porque tiene la particularidad de permitir al investigador analizar y estudiar la relación de hechos y fenómenos de la realidad, así mismo busca determinar el grado de relación entre las variables que se estudia. (34)

Cuyo esquema es lo siguiente: Esquema:



Donde:

M = Pacientes atendidos en el servicio de U.C.I.

O1 = Cuidado humanizado.

O2 = Satisfacción de la familia.

r = Relación entre cuidado humanizado y satisfacción de la familia

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Para el estudio se consideró a pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica, teniendo una población de 60.

Muestra:

Son 60 pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica.

Muestreo: Se aplicó el muestreo no probabilístico del muestreo censal.

Criterios de Inclusión

- Usuarios que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica.
- Familiares de los usuarios en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Huancavelica de 18-59 años de ambos sexos.
- Familiares de los usuarios en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Huancavelica con permanencia en la unidad.

Criterios de Exclusión

- Usuarios en la Unidad de Cuidados Intensivos que no se encuentren conscientes.
- Familiares que registraron como estado de egreso fallecido.

4.4. TÉCNICAS DE INSTRUMENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica e instrumento que se utilizó son:

- Cuidado humanizado; la Técnica de Entrevista; cuyo instrumento, guía de entrevista.
- Nivel de satisfacción del usuario; Técnica de Entrevista; cuyo instrumento, guía de entrevista

4.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se aplicó a través de los siguientes pasos:

- ✓ Coordinación con los directores de Hospital.
- ✓ Estructurar los instrumentos de recolección de datos.
- ✓ Validación subjetiva del instrumento de recolección de datos a través de juicio de expertos; y su procesamiento estadístico del mismo.
- ✓ Validez y fiabilidad a través de prueba piloto. y su procesamiento estadístico del mismo.
- ✓ Aplicación del instrumento de recolección de datos previa coordinación.
- ✓ Organización de datos recolectados para el análisis estadístico correspondiente.

4.6. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics Vers. 24.0, Hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2016, tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas (calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del paciente)

Así mismo, se utilizó el análisis estadístico descriptivo para la representación de datos en tablas y gráficos estadísticos; y el análisis estadístico inferencial para la contrastación de hipótesis, a través de la técnica estadística de "r" de Pearson a un nivel de confianza de 95%(0.95) y nivel de significancia de 5%(0.05).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición: Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del familiar en el servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional "Zacarias Correa Valdivia" Huancavelica.

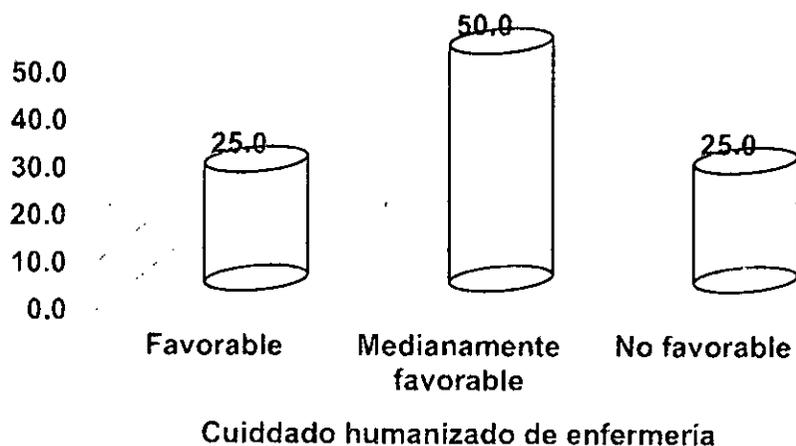
Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos comparativos.

Tabla N° 5.1: Cuidado humanizado de enfermería desde la percepción del familiar de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional "Zacarias Correa Valdivia" Huancavelica.

Cuidado humanizado de enfermería	fi	f%
Favorable	15	25.0
Medianamente favorable	30	50.0
No favorable	15	25.0
Total	60	100.0

Fuente: Instrumento aplicado, 2017

Gráfico N° 5.1: Cuidado humanizado de enfermería desde la percepción del familiar de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional "Zacarias Correa Valdivia" Huancavelica.



Fuente: Tabla N° 5.1

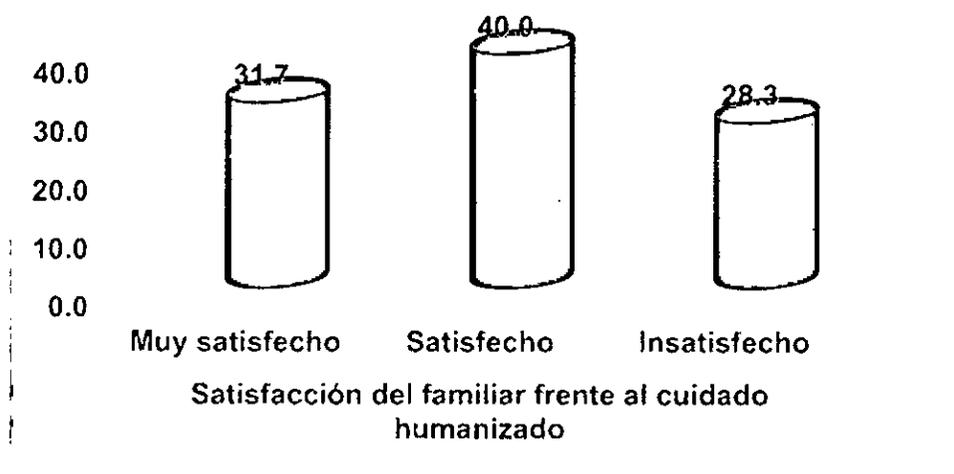
En la Tabla y Gráfico N° 5.1 se observa que 50,0% de enfermeras(os) realizan cuidado humanizado medianamente favorable en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional "Zacarias Correa Valdivia" Huancavelica; 25,0%, no favorable; y 20,0%, favorable.

Tabla N° 5.2: Satisfacción del familiar frente al cuidado humanizado de enfermería de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

Satisfacción del familiar frente al cuidado humanizado	fi	f%
Muy satisfecho	19	31.7
Satisfecho	24	40.0
Insatisfecho	17	28.3
Total	60	100.0

Fuente: Instrumento aplicado, 2017

Gráfico N° 5.2: Satisfacción del familiar frente al cuidado humanizado de enfermería de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.



Fuente: Tabla N° 5.2

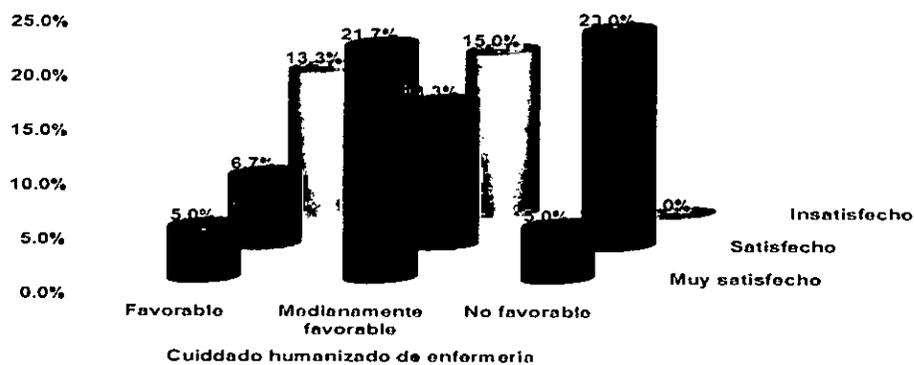
En la Tabla y Gráfico N° 5.2 se observa que 40,0% de familiares de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica se encuentran satisfechos; 31,7%, muy satisfechos; y 28,3%, insatisfechos frente al cuidado humanizado expresado por el profesional de enfermería.

Tabla N° 5.3: Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del familiar de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

Cuidado humanizado de enfermería	Satisfacción del familiar frente al cuidado humanizado					
	Muy satisfecho		Satisfecho		Insatisfecho	
	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Favorable	3	5.0%	4	6.7%	8	13.3%
Medianamente favorable	13	21.7%	8	13.3%	9	15.0%
No favorable	3	5.0%	12	20.0%	0	0.0%
Total	19	31.7%	24	40.0%	17	28.3%

Fuente: Instrumento aplicado, 2017

Gráfico N° 5.3: Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del familiar de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.



Fuente: Tabla N° 5.3

En la Tabla y Gráfico N° 5.3 se observa que 21,7% de familiares de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica se encuentran muy satisfechos frente al cuidado humanizado medianamente favorable; 20,0%, satisfechos frente al cuidado humanizado no favorable; y 15,0%, insatisfechos frente al cuidado humanizado medianamente favorable por parte del profesional de enfermería.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON (r Pearson)

Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del familiar del paciente atendido en unidad de cuidados intensivos

1. **Hipótesis Estadística:**

Hipótesis Nula (Ho):

H₀: r_{xy} = 0 ⇒ El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuya correlación es cero (ρ = 0).

Hipótesis Alternativa (Ha):

H₁: r_{xy} ≠ 0 ⇒ El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuyo coeficiente de correlación es distinto de cero (ρ ≠ 0).

2. **Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (Υ):**

(α) = 0,05 (5%); (Υ) = 0,95 (95%)

3. **Función o Estadística de Prueba**

Formula de la correlación de Pearson.

$$r_s = \frac{n \sum r_x r_y - \sum r_x \sum r_y}{\sqrt{\left[n \sum r_x^2 - \left(\sum r_x \right)^2 \right] \left[n \sum r_y^2 - \left(\sum r_y \right)^2 \right]}}$$

Donde:

r = coeficiente de correlación de Pearson.

N = numero de datos.

X = puntaje crudo de X.

Y = puntaje crudo de Y.

4. **Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:**

En la correlación de Pearson se encuentra entre -1 y +1 que mide el grado de relación entre dos variables (llamadas X e Y). Un valor positivo de la correlación implica una relación directa positiva (valores grandes de X, tienden a estar relacionado con grandes valores de Y y los valores pequeños de X, tienden a estar relacionado a valores pequeños de Y). Un valor negativo de la correlación implica una asociación negativa o inversa (valores grandes de X, tienden a estar relacionado con valores pequeños de Y, y viceversa).

Coefficiente de correlación.

Se expresa numéricamente, tanto en la fuerza como en la dirección de la correlación lineal en línea recta. Tales coeficientes de correlación se encuentran generalmente entre - 1.00 y + 1.00 como sigue:

Parámetro del coeficiente de correlación.

- 1.00	<i>Correlación negativa perfecta.</i>
-0.95	<i>Correlación negativa fuerte.</i>
-0.50	<i>Correlación negativa moderada.</i>
- 0.10	<i>Correlación negativa débil.</i>
0.00	<i>Ninguna correlación.</i>
+ 0.10	<i>Correlación positiva débil</i>
+ 0.50	<i>Correlación positiva moderada.</i>
+ 0.95	<i>Correlación positiva fuerte.</i>
+ 1.00	<i>Correlación positiva perfecta.</i>

5. **Valor Calculado**

El valor calculado (V_c) de la función r de Pearson se obtiene en la Tabla N° 01.

TABLA N° 01
OBTENCIÓN DEL VALOR CALCULADO DE
r de Pearson Correlaciones

Correlaciones		<i>Cuidado humanizado</i>	<i>Satisfacción del familiar</i>
<i>Cuidado humanizado</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	1	,413**
	<i>Sig. (bilateral)</i>		,001
	<i>N</i>	60	60
<i>Satisfacción del familiar</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	,413**	1
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,001	
	<i>N</i>	60	60

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

6. Decisión Estadística:

La correlación de pearson es 0,413, por lo que de acuerdo a la tabla de decisiones existe correlación positiva moderada, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que las variables de estudio están relacionadas; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar que existe relación entre el cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción del familiar de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos.

Para ver la magnitud de relación entre las variables de estudio se calcula el valor "t" que sea mayor o igual a +2,0639, o bien, menor o igual a -2,0639, entonces se rechaza la hipótesis nula.

$$t_k = r \sqrt{\frac{n - 2}{1 - r^2}} = t_k = 4,674$$

Entonces se concluye que, en la población; el cuidado humanizado por la enfermera(o) y satisfacción del familiar del paciente atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos están linealmente correlacionados; puesto que $4,674 > 2,704$

Para el estadístico de prueba t, los valores críticos son $\pm 2,704$

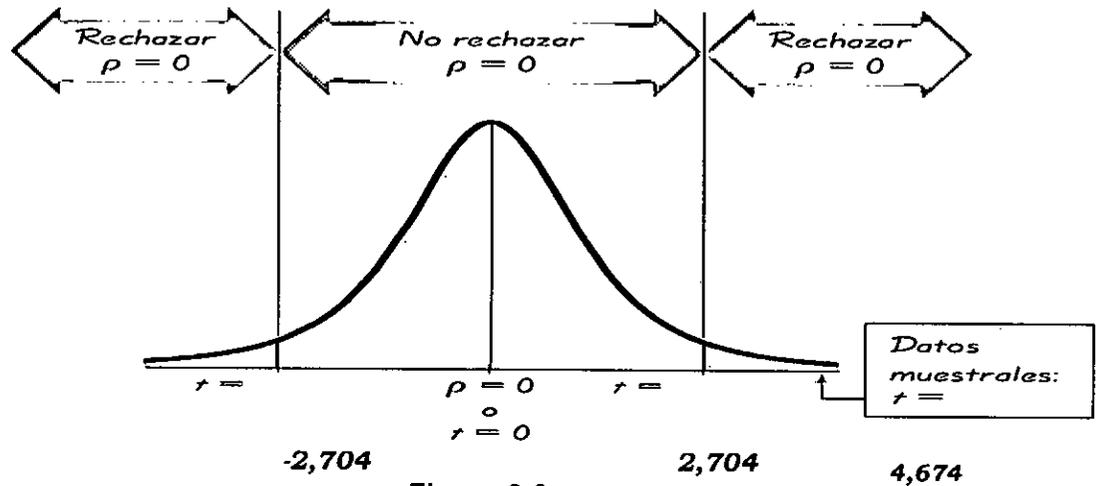
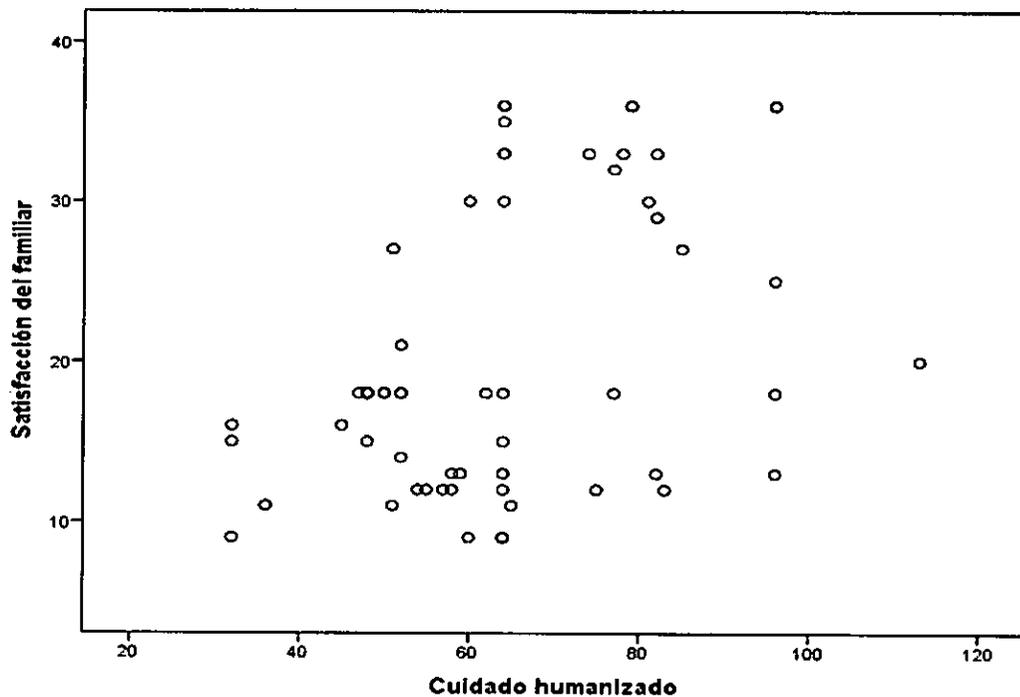


Figura 3-9:

Diagrama de dispersión entre

Diagrama de dispersión entre cuidado humanizado (X) y satisfacción del familiar (Y)



6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares

6.2.1. Cuidado humanizado de enfermería

Teniendo como resultados; que el 50,0% de enfermeras(os) realizan cuidado humanizado medianamente favorable en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica; 25,0%, no favorable; y 20,0%, favorable (Tabla N° 01)

Los actuales sistemas de salud buscan la mejoría constante de sus estándares de calidad, centrándose en las necesidades del usuario y deben enfocarse a la calidad global y mejora continua, no solo en los procesos puntuales y de connotación como lo es la acreditación y certificación, que si bien son importantes, exigen sólo características mínimas, que no apuntan concretamente al trato digno y humanizado. Así, la posibilidad de medir la percepción de los usuarios en relación al cuidado entregado por los profesionales de Enfermería es fundamental.

La disciplina de Enfermería cuenta como eje de su quehacer, el cuidado en la atención y prestación de servicios sanitarios en salud, se ha llevado a cabo desde el principio de los tiempos y no existe otra disciplina tan comprometida con la entrega de cuidados. En un principio no poseía la connotación de profesión ni disciplina, fue a mediados del siglo XX cuando adquirió su rol profesional gracias a los emprendimientos de Florence Nightingale a finales del siglo anterior (5), quién incluyó el pensamiento científico y ético a la práctica del cuidado, otorgando las bases teóricas a la disciplina y por ende autonomía, considerando que hasta ese entonces el quehacer enfermero dependía completamente de las órdenes médicas.

La disciplina, entendida como especificidad de una formación, aludiendo al ámbito de sus conocimientos y orden académico, le dio mayor relevancia y cimiento a la profesión, ganando posicionamiento social. Lo anterior es sustentado en los diferentes postulados teóricos, los cuales

han ido evolucionando y adaptándose a las necesidades de cada población (6).

En el ámbito de enfermería los primeros estudios realizados por Leininger tratan de conceptualizar el cuidado, en ellos se afirma que el cuidado ha existido desde siempre y que es un constructor de cuerpo y alma. También considera que el cuidado es de carácter universal y establece una diferencia entre el curar y cuidar en donde cita; "los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados pero puede existir cuidados sin curación" (12), desde esta perspectiva se reafirma el rol propio de enfermería, teoría que es apoyada por Watson en sus diferentes estudios del trato humanizado hacia las personas, considerando el cuidado como cualidad única y autentica que se sustenta en la calidad y reciprocidad del proceso; el cuidado transpersonal como eje de las acciones para protección y resolución de los problemas de salud de la población en general.

Por tanto es fundamental que el profesional no pierda el eje de lo que se busca hacer, el cuidado humanizado incrementa la calidad en la atención, con una consecuente satisfacción por parte de los usuarios, llevando a una mejor resolución de sus demandas asistenciales y cubriendo de manera íntegra y global sus necesidades.

En los cuidados de enfermería, el trato humanizado tiene relevancia ya que en el quehacer cotidiano se trata con personas que poseen sentimientos, dudas y temores respecto al acto sanitario y a la continuidad salud-enfermedad, por este motivo es necesaria la incorporación de pautas que midan la calidad de la atención desde la perspectiva humanizada (13, 14).

El término calidad es de carácter evaluativo, por ende los juicios entorno a este son de valor y no de hecho y en palabras de Diego Gracia "consiste en la realización de los valores positivos de todo tipo y la evitación de los negativos". En consecuencia posee una íntima relación

con la ética ya que ambas se enmarcan en la teoría de la excelencia, es decir, no hay calidad posible sin la búsqueda de la excelencia, y la promoción de la excelencia es el objetivo de la ética, la cual es un componente indispensable en todo programa de salud así como también en el actuar de todos quienes prestan servicios en pro del cuidado humano.

6.2.2. Satisfacción del familiar del paciente atendido

Teniendo como resultados; que el 40,0% de familiares de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica se encuentran satisfechos; 31,7%, muy satisfechos; y 28,3%, insatisfechos frente al cuidado humanizado expresado por el profesional de enfermería (Tabla N° 02)

Actualmente, la satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios pues nos proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados.

Desde el punto de vista de los diversos esfuerzos desarrollados en el campo asistencial, las definiciones han ido variando desde abordajes tan cualitativos como los expresados en los criterios de Lee y Jones hasta definiciones como la del Institute of Medicine: calidad del cuidado de la salud es "la medida en que los servicios de salud tanto los enfocados a los individuos como a las poblaciones mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional".

6.2.3. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del familiar de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos

Teniendo como resultados; que el 21,7% de familiares de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica se encuentran muy

satisfechos frente al cuidado humanizado medianamente favorable; 20,0%, satisfechos frente al cuidado humanizado no favorable; y 15,0%, insatisfechos frente al cuidado humanizado medianamente favorable por parte del profesional de enfermería. (Tabla N° 03)

Brindar cuidado a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, a nivel individual o colectivo, en un ámbito hospitalario público o privado agilizando la toma de decisiones de la práctica asistencial, desarrollando la valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación de los problemas percibidos, reales o potenciales, súbitos o urgentes, físicos, emocional o psicosociales, que son inicialmente episódicos o agudos. Las enfermeras especializadas en el cuidado de personas sometidas a situaciones de urgencia y emergencias, tienen la formación para atender a estos pacientes fuera del hospital (pre-hospitalariamente), durante el traslado y a su ingreso hospitalario (sala de observación de emergencia), sin olvidar el enfoque socio - humanista y la atención tautológica por el impacto en el entorno psicosocial, familiar y ético legal que esto implica. Asimismo, proporcionan asesoría en el ámbito institucional o en el equipo de salud en cualquier aspecto relacionado con la enfermería de urgencia, mostrando dominio en el método y la tecnología de enfermería, así como en los aspectos éticos legales para la toma de decisiones oportuna, que lleve a la recuperación temprana de las personas, la prevención o limitación de complicaciones y el daño o la ayuda a una muerte digna.

El rol de la enfermera como miembro del equipo de salud es importante ya que su habilidad es el complemento necesario, en todas las ramificaciones del campo de la medicina, contribuyendo con sus conocimientos y experiencias, brinda al paciente los cuidados en los aspectos: psicológicos, espiritual y juicio cultural. De modo que debe comprender lo que el paciente y su familia experimentan sobre la enfermedad y su tratamiento, con el fin de administrar los cuidados óptimos.

Es la interacción entre enfermera y paciente, donde se desarrollan acciones, actitudes y comportamientos basados en el conocimiento, la experiencia, la reciprocidad, la comunicación y el respeto a la dignidad del paciente, teniendo en cuenta los sentimientos, motivaciones y expectativas del paciente con la finalidad de fortalecer la autonomía del paciente y dignificar al ser humano. Percibiéndose en las actitudes y comportamientos de la enfermera cuando prioriza la satisfacción de las necesidades físicas del paciente, las necesidades de comunicación, las necesidades emocionales y sentimientos del paciente, así como las necesidades de enseñanza y aprendizaje del paciente.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- a)** El 50,0% de los profesionales brindan cuidado humanizado de enfermería medianamente favorable a pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica.

- b)** Un 40,0% de familiares de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” Huancavelica se encuentran satisfechos frente al cuidado humanizado de enfermería.

- c)** Los familiares de pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos se encuentran entre muy satisfecho y satisfechos frente al cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería.

- d)** Existe relación entre el cuidado humanizado y la satisfacción del familiar del paciente atendido en el servicio de unidad de cuidados intensivos ($p_{\text{value}} < ,001$)

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- a)** Implementar un programa de cuidado humanizado en los servicios asistenciales en el marco de las teorías que plantea en el cuidado que enfermería puede ofrecer desde el nivel educativo donde se promueve y fomenta su autonomía y empoderamiento del cuidado en los servicios asistenciales.

- b)** Diseñar estrategias educativas en los profesionales de enfermería desde el momento de ingreso con un seguimiento periódico acerca del cuidado humanizado que generen en el paciente que tiene acceso a los servicios de unidad de cuidados intensivos.

- c)** A las instituciones prestadoras de servicios de salud: Continuar fortaleciendo y potenciando actividades de empoderamiento en el cuidado humanizado y satisfacción del usuario en el marco de la certificación hospitalaria.

- d)** Constituir alianzas estratégicas para direccionar actividades sostenibles en el fortalecimiento de atención integral en salud del personal de salud.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marriner Tomey A., Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta ed. España, editorial Niorki Servicios Integrales de Edición. 2012
2. Acuña L. "Humanización en el cuidado de Enfermería" Colombia[□][Tesis de Licenciatura]. Departamento de Docencia e Investigación de Enfermería Swiss Medical Group Colombia 2013. [Acceso 201 en Agosto 15] Disponible en :<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
3. Waldow R. Cuidar: Expresión Humanizadora .1era ed. México. Palabras Ediciones, 2012
4. Ministerio de Salud, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.RM 519. Ministerio de Salud. 2014
5. Raille Alligood. M. Modelos y Teorías de Enfermería. España Elsevier. 8va edición. 2015
6. Organización Mundial de la Salud. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio. Ediciones de la OMS. Ginebra. 3era ed. Pp.19-49, 2012. [En línea]. Disponible: <http://www.fcm.uncu.edu.ar/joomla/downloads/OMS.pdf> [Agosto, 2016].
7. Rivera Álvarez L., Álvaro Triana. Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la Teoría y la Investigación en la Práctica, en la Clínica del Country. Atención[tesis de maestría].Universidad Nacional de Colombia. 2012. [Acceso 2016 Agos 6] Disponible en:<http://es.scribd.com/doc/69895646/Cuidado-Humanizado-de-Enfermeria-Visibilizando-La-Teoria-y-La-Investigacion-en-La-Practica>.
8. Quintero D, Gonzales T. Percepción del Cuidado Humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una Institución de II y III Nivel de Atención[tesis para optar el título de licenciatura].Colombia Pontificia Universidad

- Javeriana; 2012. [Acceso 2016 agos 2]. Disponible en: www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009//tesis05.pdf.
9. Valderrama O. Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el Hospital de Barranca.[Tesis Maestría]. Lima – Perú 2012. [Acceso 2016 en Julio 10]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962004000100004&script=sci_arttext.
 10. Orrego S, Ortiz Z. Calidad del cuidado. Rev. Invest Educ Enferm Universidad de Antioquia. 2001; 19 (2): 78–83. Disponible en la world wide web: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/estudio_piloto_validacion_cuestionario_care_q_version_espanol_publicacion_colombiana.pdf. Consultado el 24 de octubre de 2017
 11. Wensley M. Calidad del cuidado del oficio de enfermería. Hospital de St. Vincent; 1994: 56. Disponible en la world wide web: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_1_95/enf01195.htm. Consultado el 24 de abril de 2017.
 12. Afanador N. Indicadores de cuidado. Rev. Actual Enferm. 2001; 4 (1). Disponible en la world wide web: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm>. Consultado en abril de 2017
 13. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F (1996). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson.
 14. Donabedian A. Clinical Performance and Quality Health Care. 1993; 1: 14-17.
 15. Organización Panamericana de la Salud. Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en la Región de las Américas. Washintong, D.C. 2003. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&d=4037&Itemid=3617
 16. Ferreccio, C. e I. Agurto (1996), "Estudio de prioridades sociales en salud", Corporación GREDIS – Fonasa.

17. González, C. y Cols. (2000), "Indicadores comunales para el estudio de la desigualdad en salud", Boletín El Vigía, Minsal, enero-abril.
18. Infante, A. (2006), "El proceso de implementación del AUGÉ", Fonasa.
19. Johnsen, J. (2006), "Health care systems in transition. Norway", World Health Organization.
20. Larrañaga, O. (1996), "Estudio técnico de la reforma de la seguridad social de salud", con participación del Depto. de Economía UCH, GREDIS y Bitrán y Asociados.
21. Superintendencia de Salud (2009), "Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud". Disponible en <http://www.supersalud.cl/documentacion/569/article-5353.html>
22. Caminal J. La medida de la satisfacción: Un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev. Calidad Asistencial Barcelona. 2001; (16): 276–9. Disponible en la world wide web: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/estudio_piloto_validacion_cuestionario_care_q_version_espanol_poblacion_colombiana.pdf. Consultado el 24 de abril de 2017.
23. Castillo E., Chesla C., Echeverri G., Tascon E., Charry M., Chicangana J., Mosquera Y., Pomar D. Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención de la salud dada a adultos y niños con cáncer. Colombia Médica. 2005; 36 (3): 43–9. Disponible en la world wide web: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28310106>. Consultado el 24 de abril de 2017
24. Capetillo R., Hernández P., Delgado P., García M. Evaluación de la calidad del proceso de atención de enfermería del paciente hospitalizado. Rev de ciencias médicas la habana. 2000 6; (1): 56–61. Disponible en la world wide web: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol6_1_00/hab04100.htm. Consultado el 24 de abril de 2017
25. Gonzales J. Percepción de la calidad del cuidado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencia. Universidad

Javeriana facultad de Enfermería. Agosto 2009. Disponible en la world wide web:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>. consultado el 24 de abril de 2017

26. Bautista, L. M. , (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Universidad La Sabana. Artículos revistas institucionales.
27. González B., J.T. y Quintero M., D. C. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obstetricia de una institución de II y III nivel de atención. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, URI: <http://hdl.handle.net/10554/9730>
28. Espinoza, Huerta, Pantoja, Velásquez, Cubas y Ramos, llamado "El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Octubre de 2010".
29. Acosta, Mendoza, Morales y Quiñones. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por Enfermería en una IPS de tercer nivel. Cartagena 2013.
30. Bettancourt y Landman. Percepción sobre el cuidado humanizado proporcionado por la enfermera en atención cerrada". presentado en el XIV Coloquio Panamericano de investigación en Enfermería, en Cartagena de Indias (Colombia) en septiembre del 2014.
31. Diccionario Real Academia Española, 2014.
32. Monserrat R., López C., Bonet I. Enfermería Comunitaria. 1era Ed., Lexus Editores 2013.
33. Triviño Q, Torres M. Satisfacción de expectativas de familiares con el cuidado de enfermería en una UCI de una Clínica Privada de Cali. [Tesis de Licenciatura]. Fundación Universitaria del Área Andina Seccional Pereira. Cali. 2014. [Acceso 2016 en Agosto 2]. Disponible en <http://www.bioline.org.br/abstract?id=rc05051&lang=es>.
34. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). "Metodología de la Investigación". (6ta. Ed.). Editorial Mc Graw Hill. México.

ANEXOS

ANEXO N° 01: TABLA DE MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CUIDADO HUMANIZADO Y LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LOS FAMILIARES en los pacientes ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUANCVELICA 2017.

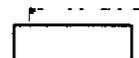
FORMULACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MARCO METODOLÓGICO	VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN
<p>Pregunta General:</p> <p>¿Cuál es la relación entre cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del familiar de paciente atendido en el Servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" 2017?</p> <p>Preguntas Específicas:</p> <p>1. ¿Cómo es el cuidado humanizado de enfermería en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica 2017?</p> <p>2. ¿Cuál es el nivel de satisfacción del familiar en pacientes atendidos en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica 2017?</p>	<p>Objetivo General.</p> <p>Determinar la relación entre cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del familiar de paciente atendido en el Servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" 2017.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>1. Identificarla el cuidado humanizado de enfermería en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica 2017.</p> <p>2. Identificar el nivel de satisfacción del familiar en pacientes atendidos en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica 2017.</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>Existe relación directa y significativa entre cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del familiar de paciente atendido en el Servicio de unidad de cuidados intensivos</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <p>1. El cuidado humanizado de enfermería en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos es medianamente favorable.</p> <p>2. El nivel de satisfacción del familiar en pacientes atendidos en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos es de satisfacción.</p>	<p>1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Descriptivo-correlacional.</p> <p>2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>No experimental, transversal y descriptivo correlacional.</p> <p>3. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO:</p> <p>Población: 125</p> <p>Muestra: 60</p> <p>Muestreo Probabilístico aleatorio simple</p> <p>4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</p> <p>Análisis estadístico descriptivo e inferencial.</p>	<p>Cuidado humanizado de enfermería</p> <p>Satisfacción del familiar de pacientes atendidos</p>	<p>Ordinal.</p> <p>Ordinal</p>

ANEXO N° 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



SEGUNDA ESPECIALIDAD

ENTREVISTA SOBRE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA

Estimado Sr.(a), joven/Stra;

En la presente entrevista; le preguntaremos algunas situaciones relacionados a los cuidados que recibe por parte del profesional de enfermería en el servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica; le agradeceremos por las respuestas que su digna persona nos proporciona.

La presente entrevista, está estructurada para describir los cuidados que proporciona el profesional de enfermería en pacientes atendidos en el servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica.

Esta entrevista es de carácter **ANÓNIMO y CONFIDENCIAL**.

II. CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA:

N°	CRITERIOS	NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Le hacen sentir a Ud. como ser individual					
2	Cuando explican algo, el paciente se siente informado					
3	Cuando se dirige a usted, se siente atendido					
4	Cuando me atiendan me siento satisfecho					
5	Son amables en el trato					
6	Son claras al comunicarse con usted					

7	Le dan estímulos positivos					
8	Le inspiran confianza					
9	Le dan tranquilidad					
10	Su cuidado es amoroso y dedicado					
11	Hacen que el paciente se sienta bien físicamente					
12	Le miran cuando le hablan					
13	Le ayudan al disminuir el dolor físico					
14	Demuestran conocimientos y habilidades profesionales					
15	Facilitan el dialogo					
16	Le explican anticipadamente los procedimientos					
17	Se identifican antes de realizarle los cuidados					
18	Le ayudan con la información para que pueda tomar decisiones					
19	Le animan para que llame si tiene problemas					
20	Mantienen una relación cercana con usted					
21	Establecen una relación agradable con usted					
22	Le escuchan atentamente					
23	Se ponen en lugar para comprenderlo					
24	Le dedican tiempo					
25	Administran el tratamiento ordenado a tiempo					
26	Responden con rapidez al llamado					
27	Identifican sus necesidades					

28	Les importa su estado de animo					
29	Se muestran respetuosos					
30	Le llaman por su nombre					
31	Respetan sus decisiones					
32	Le respetan su intimidad					

Gracias por su colaboración...

ANEXO N° 03: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



SEGUNDA ESPECIALIDAD

**ENTREVISTA SOBRE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR FRENTE AL CUIDADO
HUMANIZADO DE ENFERMERÍA**

II. SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR DE PACIENTES ATENDIDOS EN UCI.

N°	Ítems de Satisfacción de los familiares	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Medianamente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	El personal de enfermería me proporciona la información adecuada durante su estancia					
2	El personal de enfermería ha respondido con claridad a mis preguntas sobre mi familiar, cuando las respuestas son de su competencia.					
3	El personal de enfermería me trata con amabilidad y cortesía.					
4	A mi familiar se le ofrece comodidad y privacidad durante la atención de Enfermería.					

5	Cree Ud. Que el personal de Enfermería está bien capacitado para realizar todos los procedimientos a mi familiar.					
6	El personal de enfermería me hizo sugerencias y recomendaciones sobre los cuidados que debo tener con mi familiar en la casa					
7	Mi familiar ha recibido su tratamiento a tiempo por parte de enfermería.					
8	El personal de enfermería atiende mis necesidades oportunamente					
9	En general, la atención brindada por el personal de enfermería del Servicio de Emergencia ha cubierto la mayoría de mis expectativas					

Gracias por su colaboración...