

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO
DE ENFERMERÍA POR USUARIAS(OS) DURANTE EMERGENCIA
SANITARIA POR COVID-19 HOSPITAL SUB REGIONAL
ANDAHUAYLAS 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORES:

**BRESCIA STEFANIE ORTIZ BECERRA
KARELYN JUAREZ AYQUIPA
ODITA AGELINO BUENDÍA**

**Callao, 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. HAYDEÉ BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESOR: DR. JULIO CÁRDENAS PALOMINO

Nº de Libro: 06

Nº de Acta: 106-2020

Fecha de Aprobación de tesis: 06/11/2020

Resolución de Decanato N° 345-2020-UNAC-FCS., de fecha 9 de Octubre del 2020, para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A mis padres Marcos y María por su apoyo incondicional, a mis hijos Eithan y Evans por su tolerancia y a mi hermano Danny por su apoyo constante.

Brescia.

A mis familiares, por su apoyo, generando espacios de desarrollo profesional, de manera que sea alcanzada las competencias blandas y profesionales.

Karelyn.

A Dios por permitirme tener vida y salud, por su guía en el camino tan laborioso y sacrificado.
A mi esposo Alfredo.
A mis hijos Sergio y Kevin.
A mi hija Luciana.
Por el apoyo en todos los momentos...

Odita.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme tener y disfrutar la vida y al lado de mi familia.

A mis docentes, tanto en pregrado y especialidad por sus enseñanzas y consejos.

Brescia.

Al Consejo Regional XXV Apurímac del Colegio de Enfermeros del Perú y la Universidad Nacional del Callao por suscribir el convenio interinstitucional, permitiendo una oportunidad para estudiar la segunda especialidad...

Karelyn.

A mis familiares por sus lecciones y consejos, también las gracias a mis maestros por sus sabias enseñanzas en todos los niveles de formación...

Odita.

ÍNDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
ÍNDICE.....	1
TABLAS DE CONTENIDO.....	2
TABLAS DE GRÁFICOS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN	6
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
II. MARCO TEÓRICO.....	15
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	37
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
V. RESULTADOS.....	44
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS.....	61
ANEXO 1	62
ANEXO 2	64
ANEXO 3.....	66
ANEXO 4.....	67
ANEXO 5.....	68
ANEXO 6.....	69
ANEXO 7	70

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 1. Percepción de cualidades del hacer de enfermería por usuarias(os)	44
Tabla 2. Percepción de apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente por usuarias(os)	45
Tabla 3. Percepción de disposición para la atención por usuarias(os)	46
Tabla 4. Percepción de cuidado humanizado de enfermería por usuarias(os)	47

TABLAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Características sociodemográficas de usuarias(os)	48
--	----

RESUMEN

Objetivo. Determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería por usuarias(os) durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Hospital Sub Regional Andahuaylas de marzo a junio del 2020.

Metodología. Tipo aplicada, nivel descriptivo, diseño no experimental y transversal, enfoque cuantitativo. Población de estudio 623 usuarias(os), tipo de muestreo no probabilístico y muestra espontánea de 50 usuarias(os). Técnica encuesta, instrumento de medición Percepción de Comportamientos Humanizado de Enfermería (PCHE) Versión 3, validación facial y de contenido, índice de aceptabilidad 0.92, índice de validez de contenido 0.98 por expertos y Alfa Cronbach 0.96.

Resultados. Cualidades del hacer de enfermería: el 70.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 26.0% percepción desfavorable y el 4.0% percepción favorable. Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente: el 86.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 10.0% percepción favorable y el 4.0% percepción desfavorable. Disposición para la atención: el 74.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 22.0% percepción desfavorable y el 4.0% percepción favorable. Percepción general: el 82.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 14.0% percepción desfavorable y el 4.0% percepción favorable. Características sociodemográficas: el 54.0% masculino y el 46.0% femenino. El 82.0% adulta(o), el 12.0% adulta(o) mayor y 6.0% adolescente. El 42.0% casada(o), el 30.0% soltera(o), el 26.0% conviviente y 2.0% divorciada(o)

Conclusiones. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería por usuarias(os) fue medianamente favorable en las tres dimensiones y en general.

Palabras claves. Percepción, comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, usuarias(os), emergencia sanitaria.

ABSTRACT

Objective. To determine the perception of humanized nursing care behaviors by users during the health emergency due to COVID-19 at the Andahuaylas Sub Regional Hospital from March to June 2020.

Methodology. Applied type, descriptive level, non-experimental and cross-sectional design, quantitative approach. Study population 623 users, type of non-probabilistic sampling and spontaneous sample of 50 users. Survey technique, Humanized Nursing Behavior Perception measurement instrument (PCHE) Version 3, facial and content validation, acceptability index 0.92, content validity index 0.98 by experts and Alpha Cronbach 0.96.

Results. Qualities of nursing work: 70.0% responded perceiving a moderately favorable humanized care, 26.0% unfavorable perception and 4.0% favorable perception. Openness to nurse-patient communication: 86.0% responded perceiving moderately favorable humanized care, 10.0% favorable perception and 4.0% unfavorable perception. Disposition for care: 74.0% responded perceive a moderately favorable humanized care, 22.0% unfavorable perception and 4.0% favorable perception. General perception: 82.0% responded perceive a moderately favorable humanized care, the 14.0% unfavorable perception and 4.0% favorable perception. Sociodemographic characteristics: 54.0% male and 46.0% female. 82.0% adult, 12.0% older adult and 6.0% adolescent. 42.0% married, 30.0% single, 26.0% cohabiting and 2.0% divorced.

Conclusions. Perception of humanized nursing care behaviors by users was moderately favorable in all three dimensions and in general.

Keywords. Perception, behaviors of humanized nursing care, users, health emergency.

INTRODUCCIÓN

Según la Política Nacional de Humanización (PNH), la humanización abarca a los diferentes actores del proceso de producción de salud, usuarios, trabajadores y gerentes, guiados por valores tales como: autonomía, prominencia, corresponsabilidad, vínculo de solidaridad y participación colectiva en el proceso de gestión.

La PNH es una política pública transversal que aborda el proceso de trabajo de salud en su conjunto, abarcando la atención y la gestión, asegurando la prominencia de personas y grupos, pasando por la provisión de servicios y tecnologías de atención sanitaria, y la creación de entornos seguros y armoniosos que ofrezcan comodidad y bienestar para los usuarios. Para ello, es necesario formar profesionales con las habilidades necesarias para satisfacer las demandas requeridas por los servicios. En los servicios sanitarios asistenciales, se enfatizan los conocimientos, habilidades y actitudes específicas para proporcionar asistencia individualizada, digna y humanizada a quienes buscan este tipo de atención que, en el caso de la humanización, incluye recepción, comunicación, diálogo, resolución, respeto y escucha.

No es sorprendente que se encuentre que los pacientes quieren que las enfermeras se vuelvan humanitarias, amigables, disponibles, receptivas y dispuestas a escucharlas, y de la misma manera están tratando de resolver la inconsistencia entre la opinión de las enfermeras sobre su profesionalismo y qué pacientes realmente quieren de ellos y entre

enfoques teóricos sobre la interacción enfermera-paciente y lo que realmente ocurre con los pacientes de acuerdo con su edad, condición de salud y cultura.

La atención de enfermería no se limita solo a satisfacer las necesidades de la naturaleza física o la implementación de recetas o el uso de elementos tecnológicos para medir e intervenir variables fisiológicas, sino que debe ser integral, y considerar la carga de los sentimientos de los usuarios. Como la frustración y la incertidumbre que los pacientes pueden presentar debido a una enfermedad, la aparta de la vida cotidiana, su contexto y sus prácticas culturales, y los lleva a ser confinados en una sala de hospital, donde todo es diferente y rutinario, y donde podrían estar sujetos a intervenciones, medicamentos., procedimientos, pruebas y dietas que también pueden causar ansiedad y rechazo.

La necesidad de proporcionar bienestar al otro debe considerarse como una prioridad para la satisfacción del paciente, experimentando la humanización en toda su amplitud, privilegiando el placer del cuidado. Las dificultades en la humanización en los servicios asistenciales se deben al exceso de trabajo y la escasez de profesionales, así como a condiciones estructurales y organizativas inadecuadas para desarrollar actividades de reestructuración de la salud. Es necesario promover la formación de profesionales de la salud, el estímulo para la creación de estrategias de acción, dando prioridad al derecho humano a la dignidad y el respeto al paciente. Los profesionales deben ser reconocidos a través de incentivos,

con una buena estructuración hospitalaria, así como una adecuada relación enfermera-paciente en el sector para garantizar la atención humanizada de enfermería. Razones suficientes para abordar la investigación aplicada y el informe de tesis estuvo estructurado según la normativa académica de la Universidad Nacional del Callao al respecto.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En enfermería, la humanización aplicada en el cuidado, observa al individuo como una unidad integral que se encuentra constituida por aspectos biológicos, sociales, psicológicos y espirituales, que implican prácticas en salud que abarcan dichos aspectos propios de la integridad del paciente. El acompañamiento por parte de Enfermería, más allá de las labores propias de la atención, es fundamental en la medida en que el personal, a través de una atención amable, humanizada y amena transmite confianza al paciente, lo cual es determinante para una pronta recuperación.

(1)

La población mundial está sufriendo una pandemia por infección del virus SARS-Cov-2, que provoca la enfermedad COVID-19. En España, la tasa de crecimiento de la epidemia es del 6,79% desde la activación del estado de alarma y un porcentaje de defunciones del 9,07% del total de infectados. Las recomendaciones del Ministerio de Sanidad para profesionales de la salud en contacto con personas infectadas, o sospecha de ello, incluyen la colocación de dispositivos de protección individual (mascarilla FFP2, guantes, bata impermeable, gorro, y gafas protectoras o pantalla). Una vez colocado todo el material, es necesario reflexionar acerca de la humanización de los cuidados enfermeros a las personas en

situación agónica infectadas por COVID-19, a propósito de un caso. La pretensión es la puesta en valor del pensamiento enfermero para salvar esa distancia, y mantener unos cuidados lo más humanos y cercanos posibles, al final de la vida. (2)

Principios del cuidado según el modelamiento del cuidado humano - caso peruano. Los Principios de la Política Regional de Salud en el 2008 fueron: la salud, definido como un recurso para preservar la vida y la libertad (Polo, 2016) y citado (3). Tener bienestar requiere satisfacer necesidades y el cuidado es parte de ello, la salud es un producto social; no solo es considerada como derecho básico, sino también como un deber y responsabilidad ciudadana y Población enferma es también la que tiene limitado acceso a servicios básicos; aquella que tiene una visión distorsionada de sus derechos, escasa participación y exclusión (Gerencia Regional de Salud, 2008) y citado (3); por lo que es imperativo abordar los determinantes sociales, modificar las estructuras sociales a través del cuidado de la salud y la autonomía, permite salir del círculo vicioso, pobreza-enfermedad y el desarrollo humano sostenible permite generar competencias personales e institucionales a fin de garantizar bienestar y vida digna. (3)

El Consejo Regional órgano máximo de Gobierno de La Libertad aprueba la nueva estructura orgánica y su reglamento de organización y funciones de la Gerencia Regional de Salud, según

Ordenanza Regional N° 004-2011-GR-LL/CR,27 para alinear estratégicamente la gestión sanitaria al cumplimiento de la política regional de cuidado humano. Cuenta con órganos de asesoramiento, de soporte, y órganos ejecutivos. Se establecieron tres órganos de línea: la Sub-gerencias de cuidado integral de salud, Sub gerencia de gestión del territorio; y la Sub-gerencia de regulación sectorial, además 16 unidades ejecutoras encargada de administrar 12 redes sanitarias, 19 hospitales distritales y provinciales, 2 hospitales de referencia regional y 2 institutos especializados de referencia macro-regional, con un total de 350 centros de salud. (3)

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cómo es la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería por usuarias(os) durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Hospital Sub Regional Andahuaylas de, marzo a junio del 2020?

1.2.2 Problemas específicos

- a. ¿Cómo es la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de cualidades del hacer de enfermería?
- b. ¿Cómo es la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente?

- c. ¿Cómo es la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la disposición para la atención?
- d. ¿Cómo es la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de todas las dimensiones?
- e. ¿Cuáles son las características sociodemográficas sexo, grupo etario y estado civil de la muestra en estudio?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería por usuarias(os) durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Hospital Sub Regional Andahuaylas de, marzo a junio del 2020.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Describir la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de cualidades del hacer de enfermería.
- b. Describir la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente.
- c. Describir la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la disposición para la atención.
- d. Describir la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de todas las dimensiones.

- e. Identificar las características sociodemográficas sexo, grupo etario y estado civil de la muestra en estudio.

1.4 Limitaciones de la investigación

Los impedimentos fueron diversas. Sánchez, et al. Las limitaciones en la investigación se refieren a las restricciones metodológicas que puede tener o ha tenido una investigación para así saber dentro de qué límites se mueven las conclusiones que se logren.

(4)

1.4.1 Teórico

Las consideraciones como indicadores de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en los antecedentes citados no se encontraron de manera concordante, a pesar de haber aplicado el mismo instrumento de medición.

1.4.2 Temporal

El tiempo de ejecución y comprendido el proyecto e informe de tesis fue en corto tiempo. Según la bibliografía de metodologías de la investigación y afines, contemplan el tiempo de ejecución del cometido requiere mínimo un año.

1.4.3 Espacial

La restricción de acceso para efectos de recolección de datos fue muy laborioso y accidental, debido por la emergencia sanitaria por COVID-19, donde la autoridad sanitaria del

hospital referido, la autorización de acceso mantuvo por muchas semanas el silencio administrado y también, pacientes hospitalizados en su mayoría, la actitud a resolver y responder cuestionarios fue realizados en situaciones de tensión emocional y entre otras. Al respecto las bibliografías, recomiendan a posponer la aplicación de cuestionarios o en su efecto reorientar las variables de estudio y cuya fuente de bases de datos se priorice la documentaria.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacionales

Ruano. Proyecto de investigación y el objetivo: desarrollar una guía de cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería a pacientes ingresadas en el servicio de ginecología 2019, con el fin de fortalecer los conocimientos en la humanización de los cuidados de enfermería a los profesionales. Este trabajo se desarrolló en la modalidad cualitativa-cuantitativa que permitió elaborar un análisis e interpretación de resultados obteniendo en el desarrollo de la investigación, dentro del cual se utilizó métodos y técnicas como el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” PCHE 3ra versión. El mismo que se aplicó a una población de 30 paciente del servicio de ginecología, lo que ayudo en la recopilación de información real. Entre los principales resultados obtenidos en cuanto a priorizar al sujeto de cuidado el 30 % de las pacientes hospitalizadas en ginecología no han recibido cuidado humanizado por enfermería y este punto debe ser mejorado en todas sus dimensiones, mientras que dentro de la categoría apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona el 40 % manifestó que se cumple medianamente lo descrito en esta dimensión. Dentro de las

cualidades del hacer de enfermería se evidenció que el 50% de las pacientes en la estancia hospitalaria afirmaron que la enfermera cumple con las actividades esenciales del cuidado. Con los resultados obtenidos se presentó la guía humanización de los cuidados de enfermería en donde el cuidado es el pilar fundamental para brindar una atención de calidad y calidez. (5)

2.1.2 Nacionales

Gutiérrez, et al. Artículo de revista y el objetivo: Determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, por pacientes adultos Hospitalizados en Servicio de Medicina 2018. Método: La investigación es no experimental de tipo descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 303 pacientes del Hospital Regional Docente Las Mercedes. El Instrumento utilizado fue el cuestionario PCHE 3ra versión (González, 2015) que evalúa tres dimensiones: cualidades del hacer de enfermería, Apertura a la comunicación enfermera- paciente y Disposición para la atención. Resultados: El 36% de los pacientes encuestados manifestaron siempre haber percibido un cuidado humanizado y tan sólo el 5% manifestó no haber percibido un cuidado humanizado. La dimensión mejor evaluada es la Cualidades del hacer de enfermería, obteniendo un 40%, destacando principalmente el respeto y la empatía, con solo 27% se

percibió la “Apertura a la comunicación enfermera- paciente”.
Conclusión: El porcentaje obtenido es motivador, ya que refleja, el ideal de comportamiento de los cuidados humanizados de enfermería; que se vieron modificados por la demanda, dotación de enfermería, infraestructura, presupuesto y dependencia de los pacientes. (6)

Olivera. Informe de tesis y el objetivo: Determinar la percepción del paciente hospitalizado acerca del cuidado humanizado de enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital General de Jaén, 2018. El estudio es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 69 pacientes, a quienes se les aplicó el cuestionario adaptado “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería, 3ª versión”; de Oscar Gonzales. Los datos fueron procesados utilizando la estadística descriptiva. Se concluye que, la percepción del cuidado humanizado de enfermería en la dimensión cualidades del hacer de enfermería, es buena (42 %); resaltando los indicadores en los que el enfermero le generan confianza cuando lo cuidan, le demuestran respeto por sus creencias y valores, le hacen sentirse bien cuando dialogan con ellos, y usan un tono de voz pausado; en la dimensión apertura a la comunicación enfermero - paciente, es mala (44,9 %); los

pacientes (36,2 %) señalaron que, la identificación del enfermero y su cargo antes de realizar los procedimientos es un indicador que nunca se realizó; y en la dimensión disposición para la atención fue regular (50,7 %); los indicadores que el paciente percibe siempre lo realizan, y que alcanzaron más del cincuenta por ciento fueron: administran sus medicamentos ordenados por el médico, respetan su intimidad y sus decisiones. La percepción global del paciente hospitalizado acerca del cuidado humanizado de enfermería, es regular en un 55,1 %, bueno en un 27,5 % y el 17,4 % de los pacientes nunca percibieron un cuidado humanizado. (7)

Oliva. Informe de tesis y el objetivo: Determinar la percepción del paciente quirúrgico sobre el cuidado humanizado que realiza el profesional de enfermera en el hospital de San Juan de Lurigancho 2016. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, con un diseño no experimental, de corte transversal. La población estuvo conformada por 96 pacientes hospitalizados del servicio de cirugía y la muestra fue de 70 pacientes. Se utilizó el cuestionario de Percepción de Comportamientos de Cuidado humanizado de Enfermería (PCHE) 3° versión de Gonzales Hernández, obteniendo una confiabilidad de la prueba de Alfa de Cronbach con 0,96 y su validez de contenido de 0,98 determinándose tres categorías:

Cualidad del quehacer de enfermería, apertura para la comunicación enfermero y disposición para la atención. Los resultados de la investigación indican que el 20% de los usuarios nunca percibieron el cuidado de enfermería en la percepción global, el 12, 86% de los usuarios nunca percibieron las cualidades del quehacer de enfermería, el 11,43% de los usuarios nunca percibieron la categoría apertura para la comunicación enfermero y el 18,57% de los usuarios nunca percibieron la categoría disposición para la atención. (8)

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Jean Watson destacada teórica contemporánea de enfermería, inició su carrera de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y finalizó sus estudios de pregrado en 1961. Continuó su formación y obtuvo un Bachelor of Science en Enfermería en 1964 en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en la Graduate School del Campus de Boulder. La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (Existential advocacy & philosophical foundations of nursing, 1980)(7) y Yalom (Ten curative factors, 1975); Walker

atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961) (*On Becoming a person an A way of Being*, 1980) (Walker CA, 1996) y citado (9) Watson, considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

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. (Wade GH, 2006) y citado (9) 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. (Walker CA, 1996) y citado (9)

2.2.2 Teoría de Percepción Social Merton

El estudio de la percepción del cuidado humano, adquiere importancia por ser la razón de ser de enfermería como disciplina y por ser un ideal moral, como lo define Watson; el cuidado es complejo, multidimensional, subjetivo, pero se hace visible cuando es enseñado, aprendido y en el trabajo diario de la asistencia. Es en esta realidad determinada: el mundo de la academia y el de la asistencia hospitalaria, donde se estudia la

percepción de autoeficacia respecto al cuidado de enfermería. Como se ha mencionado, el cuidado es universal, pero, cambia de acuerdo a la cultura en que está inserto (Leininger en Marriner & Raile, 2007). De hecho, uno de los factores que más afecta la práctica del cuidado es quizás el lugar en el cual se realiza, la “micro-cultura”. Es por ello que el cuidado presenta diferencias, desde lo enseñado por las enfermeras del mundo de la academia a lo practicado por enfermeras asistenciales; es decir en la praxis del cuidado, considerando especialmente, aquellas enfermeras asistenciales que trabajan en instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico. Investigadoras como Balanza (1997), han observado diferencias en la práctica del cuidado a través de los relatos de los pacientes donde los estudiantes de enfermería se destacan, sobre otros cuidadores, en su esmero por realizar un cuidado más cercano del usuario; aplicando aspectos humanos del cuidado enseñado. (10)

La percepción es una manera de ver el mundo y de acuerdo a ello se actúa y se vive la realidad, de tal forma que la percepción que se tiene de las cosas, es clave para predecir cómo se va a actuar en determinadas circunstancias, es como una “profecía autocumplida” (Merton, 1992). Este autor basa sus afirmaciones en el Teorema básico de W. I. Thomas: “si los

individuos definen las situaciones como reales, son reales en su consecuencia". El presente trabajo consideró la percepción como una percepción social, en la que según Merton (1992), la realidad está determinada y aprendida socialmente y se va transmitiendo de generación en generación. Esta definición es una construcción social de la realidad, es la conciencia del mundo que nos rodea, no es la de un mundo objetivo, de objetos físicos, sino de ciertas ideas, impresiones, imágenes o datos; de significados que son distintos de ese mundo, (Merton, 1992). Fue importante en esta investigación la percepción de autoeficacia respecto al cuidado humanizado en las enfermeras. Como ellas viven y actúan la realidad del cuidado, que realizan o enseñan, en diferentes ámbitos de trabajo y determinar si este cambia a pesar de haber compartido la misma enseñanza del cuidado. Partiendo de estos supuestos, el cuidado de enfermería, que es aprendido y enseñado por docentes de enfermería en las aulas universitarias que transmiten aspectos teóricos y prácticos del cuidado, podría modificarse, posteriormente, cuando cambia a otra realidad, en los espacios del mundo del trabajo donde se desenvuelven. La percepción social es una forma de ver el mundo y de acuerdo a ella actuamos, para la psicología social la forma como nos percibimos es como actuamos. (10)

2.2.3 Teoría de la Autoeficiencia de Bandura

En 1987, Bandura publica Fundamentos sociales del pensamiento y la acción, una obra en la que propone una teoría que enfatiza el papel de los fenómenos autorreferenciales (lo que uno se dice a sí mismo) como el medio por el cual el hombre es capaz de actuar en su ambiente. Considera que los individuos poseen un sistema interno propio que proporciona a la persona una referencia o una base sobre la cual se percibe, se regula y evalúa la propia conducta. Éste sistema interno permite ejercer control sobre los pensamientos, los sentimientos, las motivaciones y consecuentemente, sobre las conductas. Bandura diferencia en tres dimensiones las creencias de autoeficacia a saber: en nivel o dificultad, en fortaleza y en generalidad. La dimensión de nivel se refiere a la cantidad de actividades que puede realizar el individuo con base en determinada medida, se sabe que un umbral bajo generará una confianza completa dado que la tarea no presenta ninguna dificultad, y que los umbrales demasiado altos afectan considerablemente la autoeficacia, así que se espera un nivel más o menos equilibrado para que las actividades puedan ser desafiantes y retadoras, pero asequibles. La dimensión de fortaleza establece que algunas evaluaciones resultan ser más sólidas que otras, cuando estas son expuestas, por ejemplo, al examen de otros. (11)

Tal fortaleza se refiere a qué tan convencida y resuelta está una persona con respecto a su capacidad para realizar determinada conducta. Por ejemplo, un estudiante puede estar más convencido de que puede aprobar un examen comparado con otro que duda acerca de su éxito en el examen, las personas cuyas creencias son débiles, tienden a desistir más fácilmente por experiencias desagradables que aquellas personas cuyas creencias de capacidad se mantienen firmes a pesar de las dificultades, adversidades y/o críticas. La última dimensión, la dimensión de generalidad hace alusión a que existe un amplio (o reducido) rango de actividades o tareas en las que el sujeto se juzga capaz de realizar, es decir, remite a la consideración de la posibilidad de que las experiencias de éxito o de fracaso al realizar alguna actividad puedan extenderse a otras conductas o contextos similares, bien sea en la modalidad cognitiva, conductual o afectiva en que se expresan tales capacidades. (11)

2.3 Conceptual

2.3.1 Cuidado de enfermería

Dejando a un lado el significado ontológico, profundo, en el que algunos filósofos han hablado del 'cuidado' como característica esencial del ser humano, y limitándonos al uso del término en el lenguaje ordinario, pueden distinguirse

varios sentidos de 'cuidado' (el care de la abundante literatura). En el sentido más básico, cuidar significa importarle a uno algo; prestar atención, conceder importancia, sentir o mostrar interés o preocupación por algo. En este sentido, el cuidado carece de un contenido concreto. Comienza a tener ese contenido cuando lo entendemos referido a las personas. Entonces, el cuidado puede designar dos cosas diferentes: puede ser entendido como una motivación o como una conducta. (12)

En cuanto motivación, el cuidado empalma directamente con ese sentido básico, pues se refiere a sentir afecto, simpatía o empatía hacia alguien, preocuparse por su bienestar o tener un compromiso (profesional, por ejemplo) de interesarse por él y procurar satisfacer sus necesidades. Es ése el sentido en el que decimos que alguien tiene una actitud de cuidar, de cuidar de otro. En cuanto conducta, la palabra se refiere a menudo a ocuparse de las personas y de atender a sus necesidades (lo que en castellano propiamente llamamos cuidar), en el contexto de las profesiones sanitarias, del trabajo social, la enseñanza, las relaciones familiares, etc. Esto es lo que constituye el quehacer propio de la enfermería tal como hemos visto que es definida por teorías reconocidas. La enfermería intervendría cuando los individuos o los grupos

(la familia, fundamentalmente) no son capaces de proporcionarse a sí mismos los cuidados que precisan. (12)

Naturalmente, una persona puede realizar conductas de cuidar a otras por motivos ajenos al interés por ella, o sin preocuparse verdaderamente de ella como persona; quizás podría ser el caso de alguien que se dedicara a cuidar como otro trabajo cualquiera, simplemente por obtener unos ingresos. Cuando alguien presta cuidados de manera eficiente y además lo hace motivado por una actitud de cuidar, hablamos de un buen cuidador, porque cuida a alguien y preocupándose por él. Analizando el cuidar propio de las profesiones sanitarias, E. PELLEGRINO (1985:11-13) distingue cuatro sentidos del término cuidar: El primer sentido es el de compasión en el sentido etimológico de la palabra, es decir, ver en el paciente a un ser humano como nosotros y sentirnos afectados por sus experiencias. Cuidar de alguien significa, entonces, tener la capacidad de ponerse en su lugar, solidarizarse con él compartiendo en cierto modo sus sentimientos. (12)

En una segunda acepción, cuidar es “hacer por otros lo que ellos no pueden hacer por sí mismos” y necesitan o desean hacer. Como se ve, este sentido se refiere ya a la acción y corresponde a lo que las teorías llamadas de suplencia y

ayuda de Henderson u Orem consideran la esencia de la enfermería. Cuidar de alguien puede tener también el significado (es el tercer sentido que señala Pellegrino) de hacerse cargo de su problema, es decir, de invitar al otro a transferirnos su responsabilidad y su ansiedad al respecto. Es invitar, y nunca coaccionar desde luego, a confiar en nosotros, en que nos tomamos el problema como nuestro. El cuarto y último sentido de cuidar sería el de poner todos los recursos personales y técnicos y llevar a cabo con esmero todos los procedimientos al servicio del enfermo. Cuidar a alguien es convertirlo en la finalidad principal y el centro de nuestra acción y poner la atención y los medios precisos para lograr su bien. (12)

2.3.2 Humanización

Según la Real Academia Española la palabra humanizar recoge dos significados: el transitivo del verbo “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo” y el pronominal del verbo “ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”. Parece entonces que, lo de humanizar, se puede hacer en muchas direcciones, hacia los demás, hacia las cosas y hacia uno mismo. ¿Cómo podemos hacernos humanos si ya lo somos? Humanizar-se pasa por tomar-se más en cuenta, por hacerse más consciente de la propia realidad, por llegar a ser más

a uno mismo, como humano que es. Por otro lado, la humanización se puede aplicar a muchos ámbitos o profesiones, como el mundo de la salud, donde humanizar es algo más profundo y complejo que un conjunto de intervenciones que se reduzcan a la aplicación de técnicas o servicios de ayuda. O como el mundo de la ética, donde encontramos decisiones y conflictos ante los que nos encontramos indefensos, incompetentes, con miedo y sin recursos. (13)

Humanizar pasa por incidir tanto en el diseño y desarrollo de programas que cubran las distintas necesidades materiales, como por incidir en la autonomía de las personas y el respeto de los valores, ideas y creencias de cada una de ellas. En el fondo, humanizar constituye el compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad. Y una intervención holística, global, integral, necesita de una particular capacitación de los agentes sociales en el ámbito de la inteligencia del corazón, de las habilidades para entrar en el mundo personal y particular de la persona a la que se quiere acompañar, identificar y movilizar en ella no solo los problemas y necesidades, sino el mundo de los significados, los recursos, las habilidades y los valores que pueden permitirle trabajarse a sí mismo y ser el mayor protagonista

del proceso. Promover la dignidad intrínseca de todo ser humano constituye el fundamento último de toda acción humanizadora. Esta dignidad es la base sobre la que se sustenta toda acción que quiera ver en el otro un semejante y acompañarle a ser él mismo, contribuyendo con su personalidad y su particularidad en la construcción de un mundo más igualitario, más justo, más pacífico, más gozoso y saludable. (13)

2.3.3 Caminos de humanización del cuidado de enfermería

Teniendo en cuenta los planteamientos hechos hasta aquí, la vivencia profesional y algunas observaciones de la práctica de Enfermería acerca de la relación que el profesional establece con el sujeto de cuidado, me permito proponer algunos caminos o estrategias que buscan contribuir a la humanización del cuidado de Enfermería, son éstos:

- a. Fortalecer el conocimiento de sí mismo. El reflexionar constantemente sobre nuestros actos nos permite identificar las fortalezas y debilidades que como seres humanos tenemos. Esto permite mantener comportamientos favorables y establecer estrategias para cambiar los que deben mejorar. Así mismo orienta la coherencia entre lo que se piensa, siente y hace. Se

considera que el conocimiento de sí mismo fortalece la relación humana entre las personas.

- b. Reflexionar acerca de los valores y principios éticos que guían la práctica de Enfermería para que se constituyan en el eje central del quehacer cotidiano del profesional de Enfermería. En este sentido es importante conocer, profundizar e introyectar el marco ético legal que orienta la formación y ejercicio de la Enfermera.
- c. Mayor interés por los derechos humanos, los derechos del paciente y de su familia. Como lo plantea Sara Fry la Enfermera en muchas ocasiones se constituye en la abogada del paciente y/o de su familia, en este sentido es la defensora y protectora de su dignidad humana, intimidad, decisiones y de sus derechos y esto no puede limitarse a una simple repetición y proclamación de los mismos (Fry, 1994) y citado (14) Se requiere de un análisis reflexivo de cada uno de ellos, ya sea de forma individual o colectiva, de tal manera que el cuidado que se brinda no se centre solamente en la ley como tal sino en los principios éticos y valores en que se fundamentan dichos derechos.
- d. No categorizar a la persona sana o enferma, la familia o grupos que se cuidan de acuerdo a su nivel social, al

estrato o entidad de salud a que pertenecen, todos son seres humanos y como tal tienen dignidad y valor que lo hacen merecedor de estimación, respeto y de la misma calidad de cuidado. El hacerlo es una forma de discriminación es decir de exclusión social que amenaza y vulnera el derecho a la igualdad y a la equidad; lo cual afecta la dignidad humana de la persona o de los grupos.

- e. Incentivar la formación permanente; una institución es dinámica y humanizante en la medida en que se promueven oportunidades de actualización para el personal. Sin formación no hay renovación y crece el descontento, la desmotivación y la rutina. Lopera considera que los actos de los profesionales de la salud son morales cuando se: clarifican los valores y principios personales, conocen y reflexionan los valores morales profesionales consignados en los códigos deontológicos y los valores morales sociales consignados en las leyes y en las tradiciones y además cuando el profesional busca mantenerse actualizado en el conocimiento científico y en la tecnología para que los actos que realiza contribuyan al bienestar de la persona (principio de beneficencia) y no le hagan daño (principio de no maleficencia) (Lopera de Peña, 2005) y citado (14)

- f. Aplicación de la ética comunicativa. En la relación Enfermera – sujeto de cuidado es fundamental la aplicación de la ética comunicativa o dialógica de Habermas en la cual la comunicación debe ser libre de coacciones y toda persona se respeta como interlocutor válido que tiene derecho y capacidad para razonar y participar en las decisiones por ejemplo en las relacionadas con el cuidado de su salud.
- g. Tomar decisiones éticas. La relación entre ética y humanización reviste una importancia fundamental en el mundo de Enfermería. El profesional como se mencionó anteriormente, continuamente se enfrenta a dilemas éticos los cuales requieren ser analizados teniendo como referencia los principios, valores y normas éticas. Al tomar decisiones la Enfermera siempre se debe preguntar ¿están a favor de la persona, de su desarrollo, de sus derechos, de su calidad de vida?
- h. Fortalecer el trabajo en equipo. La diversidad de criterios y puntos de vista sobre la situación de la persona, familia o grupo que requieren cuidado en salud implica un trabajo coordinado entre las personas que lo prestan, éste nace del reconocimiento de los propios límites, frente a la

complejidad del sufrimiento humano, y de la necesidad de valorar la aportación de diversas intervenciones.

- i. Profundizar en la dimensión humana del cuidado de Enfermería más que en las técnicas que se utilizan para proveerlo. Algunos profesionales encuentran mayor satisfacción en la realización de técnicas complejas y el grado de reconocimiento que ello proporciona ante otros profesionales que en la contribución que dicha técnica tenga en el cuidado a la persona. (14)

2.3.4 Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria

Para hablar de una atención humana en los diferentes escenarios del área de la salud, es importante contemplar los agentes que participan en ella, esto es, médicos, enfermeras, terapeutas, nutricionistas, entre otros, instituciones prestadoras de servicio y formadoras, y los atributos que deben caracterizar dicha atención. Respecto a los profesionales su responsabilidad se centra en garantizar la calidad de su desempeño a quienes reciben sus servicios. Esto implica velar por la continuidad y actualización permanente en su formación; así como velar porque se pueda contar con la infraestructura necesaria a nivel de recursos humanos y materiales. A la vez las instituciones responderán

por proveerlos, motivar a sus profesionales en su desempeño y en su capacitación competente. (15)

La práctica de los profesionales de la salud en la atención de los pacientes muestra una fuerza moral, que se deriva de los valores y los principios de ética que deben aplicar en su desempeño profesional, dentro de los cuales está el respeto desarrollado en doble vía: profesional-paciente y paciente-profesional. El conjunto de profesionales e instituciones asistenciales y formadoras, favorecerá que la atención humana se caracterice por estar matizada de valores éticos y morales dentro de los cuales el respeto ocupa un lugar privilegiado. (15)

2.4 Definición de términos básicos

- Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente. Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera(o)) a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el sujeto de cuidado (paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la trasmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado. (16)

- Cualidades del hacer de enfermería. Se refiere a las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería que brinda cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera(o)-paciente. (16)
- Disposición para la atención. Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar, sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado. (16)

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

La hipótesis debe plantear la relación entre dos o más variables y posibilitar someter a prueba las relaciones expresadas. Se requiere que las hipótesis establezcan relaciones cuantitativas entre variables. (17) Siendo estudio univariable se omitió la formulación de la hipótesis.

3.2 Definición de variables

- Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Es definida como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción en el cuidado (8). Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción cuidador - ser cuidado para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía. (18)

3.3 Operacionalización de variables

Variable(s)	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Rango	Escalas de medición
Percepción de comportamientos de cuidado humanizado	Se evaluó a través del instrumento de medición "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Versión 3". Medición estructurada: tres dimensiones, 32 ítems, respuestas múltiples y de tipo Likert (ver anexo 2)	Cualidades del hacer de enfermería	Desfavorable Medianamente favorable Favorable	7 a 14 puntos 15 a 21 puntos 22 a 28 puntos	Ordinal
		Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente	Desfavorable Medianamente favorable Favorable	8 a 16 puntos 17 a 24 puntos 25 a 32 puntos	
		Disposición para la atención	Desfavorable Medianamente favorable Favorable	17 a 34 puntos 35 a 51 puntos 52 a 68 puntos	
Características sociodemográficas (Interviniente)	Para la medición de la variable se anexó al instrumento de medición de la variable implicada (ver anexo 2)	Sexo	Masculino Femenino		Nominal
		Grupo etario	Adolescente Adulto(o) Adulto(o) mayor		Ordinal
		Estado civil	Soltero(o) Conviviente Casado(o) Divorciado(o)		Nominal

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y diseño de investigación

Según el grado de abstracción: investigación aplicada, según el grado de generalización: investigación acción, según la manipulación de variables: investigación descriptiva y según el lugar: investigación de campo. Bisquerra (1992) y citado Martínez (19), la investigación aplicada: busca la resolución de problemas prácticos, con muy margen de generalización limitado. Su propósito de realizar aportes al conocimiento científico es limitado. Investigación acción: tiene como finalidad producir cambios en la realidad estudiada, más que llegar a conclusiones de carácter teórico. Investigación descriptiva: no se manipula ninguna variable. Se limita a observar y describir los fenómenos (...) e investigación de campo: se caracteriza por estudiar una situación o fenómeno natural o social in situ, es decir, en el lugar que se origina o presenta.

Por la mayor o menor manipulación de variables: no experimental. Martínez y Benítez (20), la investigación no experimental se caracteriza por la observación y el análisis de los fenómenos tal y como se presentan de forma natural, sin intervenir en su desarrollo. Según el período temporal en que se realiza: transversal. Baños y Farré (21), estudio transversal: estudio observacional en el que se

mide en un momento del tiempo la presencia de una enfermedad y de otras variables relacionadas con la misma.

4.2 Métodos de investigación

Entre los métodos generales de la investigación científica que se aplicarán serán inductivo, deductivo, analítico y sintético, abstracción y lógico. Según Céspedes (22), El investigador recurre a los métodos de la investigación científica para cumplir con sus objetivos, tanto en la investigación pura, con el fin de obtener mayor conocimiento científico, como en la investigación aplicada, con el fin de resolver, total o parcialmente, problemas reales que mejoren las condiciones de vida del ser humano. Sin embargo, es difícil pensar en la existencia de un método apropiado o perfecto para el estudio de un determinado fenómeno. Las clasificaciones de los métodos, distintas en su naturaleza y orientación, son aproximaciones que permiten la elección del mejor método para la investigación de un fenómeno.

4.3 Población y muestra

Población. La población finita cuyas características: homogeneidad (623 usuarias/os), tiempo (meses marzo a junio 2020), espacio (Hospital Sub Regional Andahuaylas) y la cantidad (623 usuarias/os atendidas(os) durante la emergencia sanitaria).

Población de estudio: usuarias(os) que realizan uso de servicios de

salud. Tipo de muestreo: no probabilístico. Muestra intencional 50 usuarias(os). Triola (23), la población es el conjunto completo de todos los elementos (puntuaciones, personas, medidas, etcétera) que se va estudiar. Sánchez C. H., et al (4), tipo de muestreo no probabilístico, se basa en el criterio del investigador, ya que las unidades del muestreo no se seleccionan por procedimientos al azar. Pueden ser intencionado, sin normas o circunstancial.

4.4 Lugar de estudio

El lugar de investigación o el contexto fue en el Hospital Sub Regional Andahuaylas Apurímac, nivel de atención: III, nivel de complejidad: 6° y categoría del establecimiento de salud: II-2. Contexto. Referido al entorno o medio ambiente en el cual se desarrolla el estudio. La determinación del contexto es importante para arribar a conclusiones más objetivas. El entorno comprende lo social y lo natural. (4)

4.5 Técnica(s) e instrumento(s)

La técnica para la recolección de datos: encuesta. Sánchez y Mejía (4), las técnicas son medios que se emplean para recopilar la información en una investigación y pueden ser directas o indirectas. El instrumento de medición: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Versión 3. Sánchez y Mejía (4), el instrumento de medición referido

a la herramienta que se emplea para medir las variables de un fenómeno. Puede ser un cuestionario impreso, una escala de observación, un aparato, etc.

El instrumento aludido fue sometido a un estudio metodológico bajo las condiciones psicométricas en tres fases: a) Ajuste semántico y con 176 participantes. b) Validez facial por expertos de ocho enfermeras, evaluados 32 ítems, índice de aceptabilidad 0.92 e índice de validez del contenido 0.98 y c) Pruebas de validez de constructo y confiabilidad con 320 pacientes hospitalizados, análisis factorial exploratorio: prueba de KMO de 0.956 y prueba de esfericidad de Bartlett de 0.0, rotación de tres factores y prueba de consistencia interna de 0.96. Conclusión: el instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de enfermería versión 3” es válido y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios. (16)

4.6 Procedimientos estadísticos

Los procedimientos estadísticos ejecutados fueron la estadística descriptiva. Puertas, et al. La estadística descriptiva tiende a condensar o resumir un conjunto de datos o características de una serie de valores, describiendo ciertas características del conjunto examinado. Por ejemplo, al medir el cuidado humanizado de enfermería, se pueden agrupar los valores obtenidos en

distribuciones de frecuencias, construir tablas, gráficas, calcular promedios, percentiles, etc. (24)

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

Tabla 1. Percepción de cualidades del hacer de enfermería por usuarias(os)

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	13	26.0
Medianamente favorable	35	70.0
Favorable	2	4.0
Total	50	100.0

Fuente: Instrumento de medición de PCHE aplicado junio 2020.

Interpretación de los resultados de investigación

En la tabla N° 1. Descripción: del 100% de la muestra de usuarias(os) a la encuesta, percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería: el 70.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 26.0% percepción desfavorable y el 4.0% percepción favorable. Análisis: la percepción de comportamientos de cuidado humanizados fue de tendencia decreciente de medianamente favorable, desfavorable y favorable. De cada 10 usuarias(os) 7 percibieron medianamente favorable, de cada 4 aproximadamente 1 percibió de manera desfavorable y de cada 25 usuarias(os) 1 percibió de manera favorable. Interpretación: con el lenguaje inclusivo estadístico los usuarios y usuarias tuvieron una percepción de cuidado humanizado de cualidades del hacer de enfermería medianamente favorable en los cuatro servicios básicos asistenciales del hospital durante la emergencia sanitaria por COVID-19. La percepción medianamente favorable se explica que el sistema de salud peruano y la emergencia sanitaria es el determinante perceptivo de manera regular.

Tabla 2. Percepción de apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente por usuarias(os)

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	2	4.0
Medianamente favorable	43	86.0
Favorable	5	10.0
Total	50	100.0

Fuente: Instrumento de medición de PCHE aplicado junio 2020.

Interpretación de los resultados de investigación

En la tabla N° 2. Descripción: del 100% de la muestra de usuarias(os) a la encuesta, percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería: el 86.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 10.0% percepción favorable y el 4.0% percepción desfavorable. Análisis: la percepción de comportamientos de cuidado humanizados fue de tendencia decreciente de medianamente favorable, favorable y desfavorable. De cada 2 usuarias(os) aproximadamente 1 percibió medianamente favorable, de cada 10 usuarias(os) 1 percibió de manera desfavorable y de cada 25 usuarias(os) 1 percibió de manera favorable. Interpretación: con el lenguaje inclusivo estadístico los usuarios y usuarias tuvieron una percepción de cuidado humanizado de apertura a la comunicación enfermera(o) - paciente medianamente favorable en los cuatro servicios básicos asistenciales del hospital durante la emergencia sanitaria por COVID-19. La percepción medianamente favorable se explica que el sistema de salud peruano y la emergencia sanitaria es el determinante perceptivo de manera regular.

Tabla 3. Percepción de disposición para la atención por usuarias(os)

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	11	22.0
Medianamente favorable	37	74.0
Favorable	2	4.0
Total	50	100.0

Fuente: Instrumento de medición de PCHE aplicado junio 2020.

Interpretación de los resultados de investigación

En la tabla N° 3. Descripción: del 100% de la muestra de usuarias(os) a la encuesta, percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería: el 74.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 22.0% percepción desfavorable y el 4.0% percepción favorable. Análisis: la percepción de comportamientos de cuidado humanizados fue de tendencia decreciente de medianamente favorable, desfavorable y favorable. De cada 2 usuarias(os) aproximadamente 1 percibió medianamente favorable, de cada 5 usuarias(os) aproximadamente 1 percibió de manera desfavorable y de cada 25 usuarias(os) 1 percibió de manera favorable. Interpretación: con el lenguaje inclusivo estadístico los usuarios y usuarias tuvieron una percepción de cuidado humanizado de disposición para la atención medianamente favorable en los cuatro servicios básicos asistenciales del hospital durante la emergencia sanitaria por COVID-19. La percepción medianamente favorable se explica que el sistema de salud peruano y la emergencia sanitaria es el determinante perceptivo de manera regular.

Tabla 4. Percepción de cuidado humanizado de enfermería por usuarias(os)

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	7	14.0
Medianamente favorable	41	82.0
Favorable	2	4.0
Total	50	100.0

Fuente: Instrumento de medición de PCHE aplicado junio 2020.

Interpretación de los resultados de investigación

En la tabla y gráfico 4. Descripción: del 100% de la muestra de usuarias(os) a la encuesta, percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería: el 82.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 14.0% percepción desfavorable y el 4.0% percepción favorable. Análisis: la percepción de comportamientos de cuidado humanizados fue de tendencia decreciente de medianamente favorable, desfavorable y favorable. De cada 2 usuarias(os) aproximadamente 1 percibió medianamente favorable, de cada 8 usuarias(os) aproximadamente 1 percibió de manera desfavorable y de cada 25 usuarias(os) 1 percibió de manera favorable. Interpretación: con el lenguaje inclusivo estadístico los usuarios y usuarias tuvieron una percepción de cuidado humanizado en sus tres dimensiones medianamente favorable en los cuatro servicios básicos asistenciales del hospital durante la emergencia sanitaria por COVID-19. La percepción medianamente favorable se explica que el sistema de salud peruano y la emergencia sanitaria es el determinante perceptivo de manera regular.

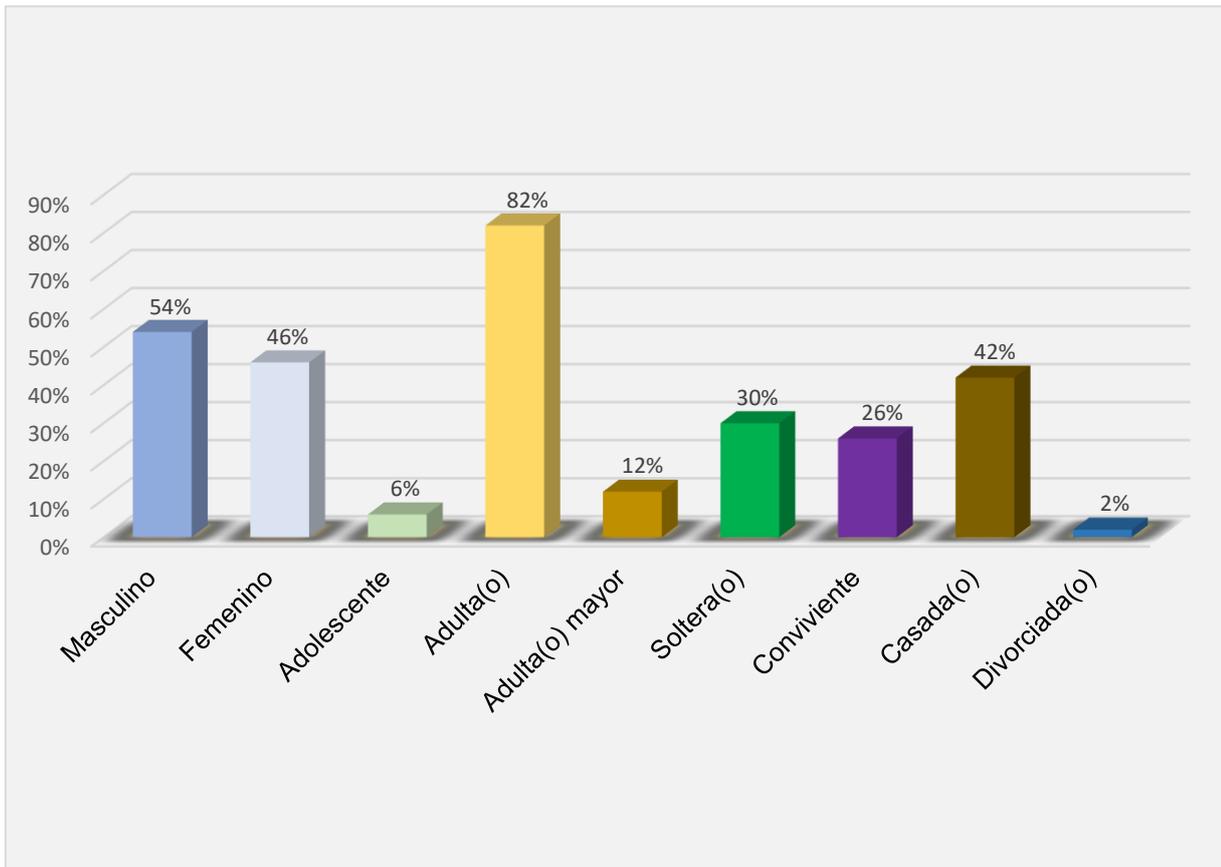


Gráfico 1. Características sociodemográficas de usuarias(os)

Interpretación de los resultados de investigación

En el gráfico 5. Descripción: del 100% de la muestra de usuarias(os) los datos de características sociodemográficas: el 54% masculino y el 46% femenino. El 82% adulta(o), el 12% adulta(o) mayor y 6% adolescente. El 42% casada(o), el 30% soltera(o), el 26% conviviente y el 2% divorciada(o).

5.2 Resultados inferenciales

Los datos univariados constan de una sola variable, el análisis de datos univariados es de forma simple, no se ocupa de causa o de relaciones y el objetivo principal es describir los datos y encontrar patrones que existen dentro de ellas. Entre tanto, los datos bivariados se trata de causas y relaciones y el análisis se realiza para conocer la relación entre las dos variables. (25) Por las consideraciones citadas el proceso de resultados inferenciales se canceló.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

Casos en las que se debe plantear una hipótesis. (Beltrán, C. 2010)

Un aspecto importante en el proceso de investigación científica tiene que ver con las hipótesis, debido a que éstas son el medio por el cual se responde a la formulación del problema de investigación y se operacionalizan los objetivos. Se formulan hipótesis cuando en la investigación se quiere probar una suposición y no sólo mostrar los rasgos característicos de una determinada situación. En este sentido, se formulan hipótesis en las investigaciones que examinan el impacto que tienen algunas variables entre sí, o el efecto de un rasgo, atributo o una variable que se encuentra relacionada con otra. Fundamentalmente son estudios que revelan la relación causa – efecto en una investigación. (26)

En el contexto Bernal, C (2010) afirma: las investigaciones de tipo descriptivo no requieren formular hipótesis; es suficiente plantear algunas preguntas de investigación que, como ya se anotó, surgen del planteamiento del problema, de los objetivos y, por supuesto, del marco teórico que soporta el estudio. Todo proyecto de investigación requiere preguntas de investigación, y sólo aquellos que buscan evaluar relación entre variables o explicar causas requieren la formulación de hipótesis. En el caso de la investigación

experimental, siempre es necesario partir de hipótesis que serán las que guiarán el respectivo estudio. (26)

Es relevante indicar que la formulación de hipótesis es necesaria en investigaciones de nivel explicativo, cuando se pretende establecer relaciones causales entre variables. De hecho, la finalidad de las investigaciones explicativas es probar hipótesis causales. Si en una investigación no se verifica la hipótesis de trabajo, no significa que el estudio sea inválido o que carezca de utilidad. (26)

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares

La confrontación entre resultados del estudio y con los antecedentes internacionales y nacionales. Existe las condiciones mínimas de proseguir dicha comparación, las cuales se detallan: la misma etiqueta de variable estudio (percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería), las dimensiones: cualidades del hacer de enfermería – Apertura a la comunicación enfermera(o) paciente y disposición para la atención. Entre estudios con ciertas variantes de sintaxis gramatical, contexto del estudio hospital asistencial y la diferencia en diversos servicios básicos, instrumento de medición "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 3a versión" y dicho instrumento aplicado a pacientes.

Según la tabla N° 1, el 70% de pacientes encuestados, perteneciente a la dimensión: cualidades del hacer de enfermería la percepción es medianamente favorable. A la comparación con el resultado de Ruano (5), el 50% de pacientes perciben que cumple con las actividades esenciales. Gutiérrez (6), el 40% de pacientes perciben la preponderancia del respeto y empatía. Olivera (7), el 42% genera confianza, respeto a sus creencias, tono pausado y siendo una percepción buena. Oliva (8), el 12.86% pacientes que nunca perciben las cualidades del hacer de enfermería. Las consideraciones de indicadores heterogéneos y la manera de agrupamiento de los ítems para el resultado condicionan las divergencias que, concordancias de la dimensión sujeta a la comparación.

Según la tabla N° 2, el 86% de pacientes encuestados, perteneciente a la dimensión: apertura a la comunicación enfermera(o) - paciente es medianamente favorable. A la comparación con el resultado de Ruano (5), el 40% de pacientes perciben que cumple medianamente. Gutiérrez (6), el 27% de pacientes perciben la apertura a la comunicación enfermera-paciente. Olivera (7), el 44.9% la percepción mala. Oliva (8), el 11.43% pacientes que nunca perciben la apertura a la comunicación. Las consideraciones de indicadores heterogéneos y la manera de agrupamiento de los ítems para el resultado

condicionan las divergencias que, concordancias de la dimensión sujeta a la comparación.

Según la tabla N° 3, el 74.0% de pacientes encuestados, perteneciente a la dimensión: disposición para la atención es medianamente favorable. A la comparación con el resultado. Oliva (8), el 18.57% pacientes que nunca perciben disposición para la atención. Las consideraciones de indicadores heterogéneos y la manera de agrupamiento de los ítems para el resultado condicionan las divergencias que, concordancias de la dimensión sujeta a la comparación.

Según la tabla N° 4, el 82% de pacientes encuestados, perteneciente a las tres dimensiones mencionados la percepción es medianamente favorable. A la comparación con el resultado de Ruano (5), el 30% de pacientes perciben de no recibir el cuidado humanizado. Gutiérrez (6), el 36% de pacientes perciben de recibir siempre un cuidado humanizado y el 5% niega de cuidado humanizado. Olivera (7), el 55.1% percepción regular, el 27.5% percepción bueno y 17.4% nunca percepción del cuidado humanizado. Oliva (8), el 20% pacientes que nunca perciben el cuidado humanizado de enfermería. Las consideraciones de indicadores heterogéneos y la manera de agrupamiento de los ítems para el resultado condicionan las divergencias que, concordancias de las dimensiones sujeta a la comparación. Según el gráfico N° 1,

de las características sociodemográficas sexo, edades agrupadas y el estado civil de pacientes encuestados se considera, como una variable interviniente y sujeto a la no comparación por carecer de otros estudios que mencionar y citar.

6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos

El comportamiento para la estructuración del informe de tesis estuvo determinado según los Protocolos del Proyecto e Informe Final de Investigación de Pregrado, Posgrado y/o Docentes, Equipos, Centros e Institutos de Investigación de la Universidad Nacional de Callao 2018. Asimismo, las citas textuales y contextuales, paráfrasis mecánica y constructiva, el uso de E-books, uso de tesaurus, aplicación del instrumento de medición validado, plan de recolección de datos y plan de análisis de datos univariados y otros fueron con rigor científico. Sánchez, et al. Rigor científico, es la aplicación disciplinada del método científico. El rigor científico va más allá del planteamiento de preguntas factibles de resolución, requiere además de una conducta honesta y ética a lo largo del proceso de investigación. (4)

CONCLUSIONES

1. El 70.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 26.0% percepción desfavorable y el 4.0% percepción favorable de la dimensión cualidades del hacer de enfermería por usuarias(os) durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Hospital Sub Regional Andahuaylas de, marzo a junio del 2020.
2. El 86.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 10.0% percepción favorable y el 4.0% percepción desfavorable de la dimensión apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente por usuarias(os) durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Hospital Sub Regional Andahuaylas de, marzo a junio del 2020.
3. El 74.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 22.0% percepción desfavorable y el 4.0% percepción favorable de la dimensión disposición para la atención por usuarias(os) durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Hospital Sub Regional Andahuaylas de, marzo a junio del 2020.
4. El 82.0% respondieron percibir un cuidado humanizado medianamente favorable, el 14.0% percepción desfavorable y el 4.0% percepción favorable de las dimensiones por usuarias(os)

durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Hospital Sub Regional Andahuaylas de, marzo a junio del 2020.

5. El 54.0% masculino y el 46.0% femenino. El 82.0% adulta(o), el 12.0% adulta(o) mayor y 6.0% adolescente. El 42.0% casada(o), el 30.0% soltera(o), el 26.0% conviviente y 2.0% divorciada(o).

RECOMENDACIONES

1. A los estudiantes, egresados y titulados en enfermería replicar el estudio sea como univariable o bivivariable, considerando los indicadores consignados y en distintos contextos.
2. A los estudiantes, egresados y titulados de enfermería al replicar el estudio considerar objetivos que permitan el tratamiento de resultados por cada ítem del instrumento de medición.
3. A la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Sub Regional Andahuaylas realizar cursos de capacitación en el eje temático de cuidado humanizado de enfermería y priorizando durante período de emergencia sanitaria.
4. A la Dirección de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud conformar mesa de trabajo, para implementar la evaluación de atención humanizada por el personal de salud, previa aprobación de un instrumento de medición y en todos los niveles de atención de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scott Varela LF, Ríos Puerta MK, Bruges Fuentes. Humanización del cuidado en la unidad de cuidados intensivos: una revisión de la literatura. Estudiantes Facultad de Enfermería Universidad Cooperativa de Colombia. 2019.
2. Allande Cusso , Navarro Navarro , Porcel Gálvez AM. El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. Journal Pre-proof. 2020 May.
3. Polo Campos FH, Gollner Zeitoune RC, Rebaza Iparraguirre HA, Pretell Aguilar RM, Sousa AI. Cuidado humanizado como Política Pública. El caso peruano. EEAN. 2017 Marzo; XXI(2).
4. Sánchez Carlessi H, Reyes Romero C, Mejía Sáenz K. Manual de Términos en Investigación Científica, Tecnológica y Humanística Lima : Universidad Ricardo Palma ; 2018.
5. Ruano Yarpaz J. Guía sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería a pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza-Lago Agrio 2019. Proyecto de investigación. Tulcán: Universidad Regional Autónoma de los Andes , Facultad de Ciencias Médicas ; 2019.
6. Gutiérrez Vásquez DE, Lázaro Alcántara E. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en servicios de medicina. Chiclayo. 2018. ACC CIETNA para el cuidado de la salud. 2019; VI(2).
7. Olivera Fernández MdR. Cuidado humanizado de enfermería desde la percepción del paciente hospitalizado, servicio de medicina del Hospital General de Jaén, 2017. Tesis pregrado. Jaén : Universidad Nacional de Cajamarca , Facultad de Ciencias de la Salud ; 2018.

8. Oliva Isla EP. Percepción del Paciente sobre el cuidado Humanizado que brinda el Profesional de Enfermería. Hospital San Juan de Lurigancho, 2016. Tesis pregrado. Lima : Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas ; 2016.
9. Rivera Álvarez L, Triana. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. 2007 Octubre.
10. Poblete Troncoso MdC. Cuidado humanizado: percepción de autoeficiencia en enfermeras académicas y asistenciales. Tesis para optar al grado de doctor. Concepción : Universidad de Concepción, Dirección de Postgrado; 2009.
11. Guillén Rojas N. Implicaciones de la Autoeficacia en el rendimiento deportivo. Pensamiento Psicológico. 2007; III(9).
12. Vielva Asejo J. Ética profesional de la enfermería. Segunda ed. Sevilla: Unijes Universidad Jesuitas; 2007.
13. Bermejo JC, Villaceros Durban M. Humanización y acción. Revista Iberoamericana de Bioética. 2018 Septiembre ;(8).
14. Prieto Parra I. Humanización del cuidado de enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007 Mayo-agosto; IV(2).
15. Ariza Olarte. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Innovación para la práctica. 2012 Enero-marzo; IX(1).
16. González-Hernández OJ. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión". CHÍA. 2015; XV(3).
17. Ramírez Herrera , Gómez Pulido E. El problema científico. In Martínez Montañó MdLC, Briones Rojas R, Cortés Riveroll JGR. Metodología de la investigación para el área de la salud. México : McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES S.A. DE C.V; 2013. p. 26.

18. Rivera Álvarez N, Triana Á. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. av. enferm. 2007 Mayo; XXV(1).
19. Martínez Ruiz. Metodología de la Investigación Guerrero Rosas PM, Olguín Sarmiento , editors. México; 2012.
20. Martínez Ruiz H, Benítez Ontiveros L. Metodología de la Investigación Social I México; 2015.
21. Baños JE, Brotons C, Farré M. Glosario de Investigación Clínica y Epidemiológica : Fundación Dr. Antonio Esteve.
22. Céspedes Estévez J. Metodología de la Investigación La Paz ; 2008.
23. Triola F. Estadística México : Pearson Educación; 2009.
24. Puertas López E, Urbina M. , Blanck ME, Granadillo D, Blanchard M, et al.. Bioestadística herramienta de la investigación Valencia : CDCHT-UC.
25. GeeksforGeeks. Univariate, Bivariate and Multivariate data and its analysis. [Online].; 2018 [cited 2020 Setiembre 1. Available from: <https://www.geeksforgeeks.org/univariate-bivariate-and-multivariate-data-and-its-analysis/>.
26. Cabezas Mejía ED, Andrade Naranjo D, Torres Santamaría J. Introducción a la metodología de la investigación científica Sangolquí: Universidad de las Fuerzas Armadas ; 2018.

ANEXOS

ANEXO 1

Matriz de consistencia

Problema(s)	Objetivo(s)	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p><u>General</u> ¿Cómo es la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería por usuarias(os) durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Hospital Sub Regional Andahuaylas de, marzo a junio del 2020?</p>	<p><u>General</u> Determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería por usuarias(os) durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Hospital Sub Regional Andahuaylas de, marzo a junio del 2020.</p>	General		<p>Cualidades del hacer de enfermería</p> <p>Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente</p>	<p>Desfavorable (7 a 14 Ptos) Medianamente favorable (15 a 21 Ptos) Favorable (22 a 28 Ptos)</p> <p>Desfavorable (8 a 16 Ptos) Medianamente favorable (17 a 24 Ptos) Favorable (25 a 32 Ptos)</p> <p>Desfavorable (17 a 34 Ptos) Medianamente favorable (35 a 51 Ptos) Favorable (52 a 68 Ptos)</p>	<p>Tipo y diseño de investigación Aplicada No experimental Métodos de investigación Inductivo-deductivo, análisis-síntesis, abstracto-concreto, histórico-lógico Población y muestra 623 usuarias(os) Tipo de muestreo: No probabilístico Muestra: 50 usuarias(os) Técnicas e instrumentos Encuesta Instrumento de medición: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) versión 3</p>
<p><u>Específicos:</u> ¿Cómo es la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de cualidades del hacer de enfermería?</p>	<p><u>Específicos:</u> Describir la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de cualidades del hacer de enfermería.</p>	Específica(s)	<p>Percepción de comportamientos de cuidado humanizado</p>	<p>Disposición para la atención</p>		
<p>¿Cómo es la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente?</p>	<p>Describir la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente.</p>					

Problema(s)	Objetivo(o)	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
¿Cómo es la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la disposición para la atención?	Describir la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la disposición para la atención.			Sexo	Masculino Femenino	Procedimientos estadísticos Estadística descriptiva
¿Cómo es la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de todas las dimensiones?	Describir la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de todas las dimensiones.		Características sociodemográficas (Interviniente)	Grupo etario	Adolescente Adulta(o) Adulta(o) mayor	
¿Cuáles son las características sociodemográficas sexo, grupo etario y estado civil de la muestra en estudio?	Identificar las características sociodemográficas sexo, grupo etario y estado civil de la muestra en estudio.			Estado civil	Soltera(o) Conviviente Casada(o) Divorciada(o)	

ANEXO 2

Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE)

Versión 3

Validez y confiabilidad: Oscar Javier Gonzales-Hernández- 2015

Apreciado(a) señor(a): A continuación, le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado de los integrantes de profesionales de enfermería. En frente a cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponde, a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su estadio en observación del servicio de emergencia del Hospital Sub Regional Andahuaylas.

Datos sociodemográficos								
Sexo:	M	F	Edad:	_____	Estado civil: _____			
				(Años cumplidos)	(Legible y completo)			
Instrucción para continuar respondiendo								
Escala			Puntaje					
Siempre (S)			4					
Casi siempre (CS)			3					
Algunas veces (AV)			2					
Nunca (N)			1					
Categorías	Ítems relacionados				4	3	2	1
					S	CS	AV	N
Cualidades del hacer de enfermería	Le hacen sentirse como una persona							
	Le tratan con amabilidad							
	Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted							
	Le hacen sentirse tranquilo(a), cuando están con usted							
	Le generan confianza cuando lo(la) cuidan							
	Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado							
	Le demuestran respeto por sus creencias y valores							
Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente	Le miran a los ojos, cuando le hablan							
	Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes							
	Le facilitan el diálogo							
	Le explican previamente los procedimientos							
	Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas							
	Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos							

	Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud				
	Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
Disposición para la atención	Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
	Le dedican el tiempo requerido para su atención				
	Le llaman por su nombre				
	Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
	Le manifiestan que están pendientes de usted				
	Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento				
	Responden oportunamente a su llamado				
	Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
	Le escuchan atentamente				
	Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
	Le brindan un cuidado cálido y delicado				
	Le ayudan a manejar el dolor físico				
	Le demuestran que son responsables con su atención				
	Le respetan sus decisiones				
	Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
	Le respetan su intimidad				
Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico					

Gracias por rellenar los datos y responder los ítems...

ANEXO 3

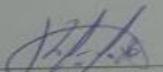
**SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA
APLICAR EL INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN.**

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS.

Yo, Karelyn JUAREZ AYQUIPA con DNI N° 70802237, Brescia ORTIZ BECERRA con DNI N° 47149078 y Odita AQUINO BUENDÍA con DNI N° 45356688 estudiantes de segunda especialidad: enfermería en emergencias y desastres - Universidad Nacional del Callao. Ante usted nos dirigimos para manifestar los siguientes. Que, las recurrentes a la fecha estamos en pleno ejecución el proyecto de tesis y cuyo enunciado *Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería por usuarias(os) durante emergencia sanitaria por COVID-19 Hospital Sub Regional Andahuaylas 2020*. Para la continuidad requiere aplicar el instrumento de medición, por circunstancias sanitarias, la alta instancia de la universidad referida está inmerso en dificultades de oficiar, ya que el trámite es de autoridad a autoridad, tal motivo ocasionaría aplazar la culminación del estudio y por ende el título de segunda especialidad. Por los considerandos expresados y conocedoras del espíritu del desprendimiento por la investigación de su persona, solicita la autorización para la aplicación del instrumento de medición, a pacientes en los diferentes servicios, dicha aplicación está programada para los días: 10, 11 y 12/06/2020 y a cargo de las suscritas.

Por lo tanto, sirvase señor director acceder la petición y derivar a quién corresponda, en áreas de generar datos reales, garantizar el nivel de confiabilidad de los resultados y al finalizar sea remitido las conclusiones y recomendaciones a su despacho. Para tal efecto, se adjunta el instrumento de medición un ejemplar.

Abancay, 8 de junio del 2020.


Karelyn JUAREZ AYQUIPA


Brescia ORTIZ BECERRA


Odita AQUINO BUENDÍA

C.c.

HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS
Hospital Sub Regional Andahuaylas
N° de Registro: 7259
03 JUN 2020
Hora: 11:20
Fecha: 11/06/2020

ANEXO 4

Consentimiento informado

Dirigido a usuaria(o) que se encuentra hospitalizada(o).

Usted está invitada o invitado a participar en un estudio de investigación y el objetivo: ***Determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería por usuarias(os) durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Hospital Sub Regional Andahuaylas de, marzo a junio del 2020.*** Para tal efecto se pretende aplicar el instrumento de medición: ***Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Versión 3.***

El tiempo de rellenar datos generales y los 32 ítems para responder, está previsto para 8 a 15 minutos, dicho instrumento de medición comprende una cartilla e impreso. Los datos y las respuestas que consigne tienen carácter reservado, no se divulgarán los resultados individuales, sino en términos de grupo representado mediante tablas, gráficos y conclusiones en el informe de tesis.

El estudio no implicará perjuicio o molestia para usted y además, no tendrá ningún costo y no recibirá ningún valor en efectivo por colaborar con resolver el cuestionario. En el momento de resolver puede interrumpir para consultar alguna duda y con opción de renunciar a no resolver.

Por lo expresado ante usted nos suscribimos en condición de autoras del estudio de investigación: Brescia Ortiz Becerra, Karelyn Juarez Ayquipa y Odita Aquilino Buendía.

Yo: _____ con DNI
N° _____

Haber realizado la lectura y entendido las condiciones de las líneas precedentes. **DECLARO PARTICIPAR** con rellenar los datos y responder los enunciados y ser parte de la unidad de muestra de la investigación referida **DE MANERA VOLUNTARIA.**

Andahuaylas, ____ de _____ del 2020.

Firma la/el participante

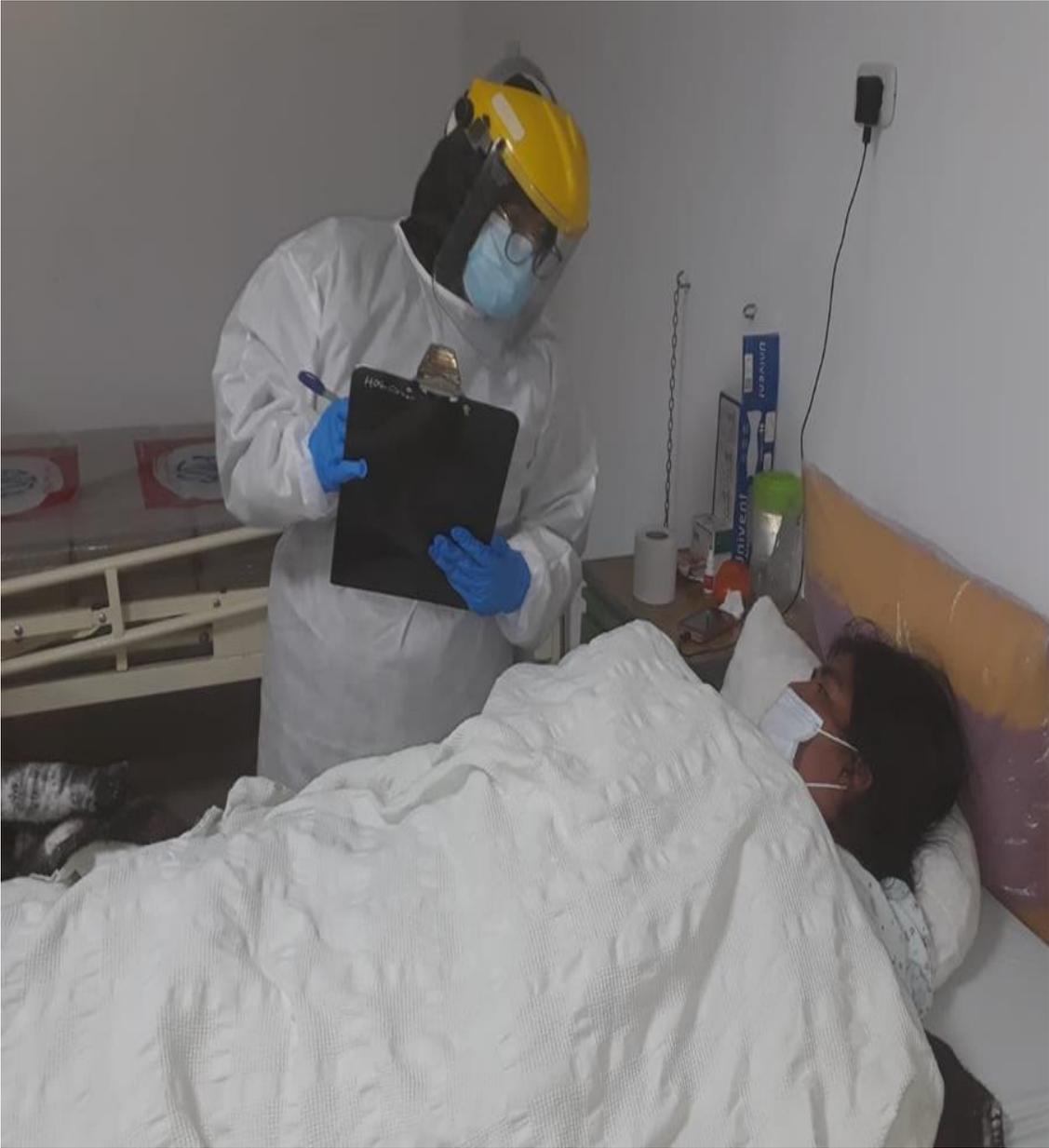
ANEXO 5

Evidencia 1 de la aplicación del instrumento de medición



ANEXO 6

Evidencia 2 de la aplicación del instrumento de medición



ANEXO 7

Base de datos

Se	Ed	C	C	C	C	C	C	C	C	E	E	E	E	E	E	E	E	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	E	A	T	C	E	A	T	E			
		i	1	2	6	7	8	1	1	4	5	9	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	u	n	t	O	U	N	T	O	D			
								5	7			0	1	2	4	9		3	3	6	8	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2					-	-	-	T	-		
1	67	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	17	22	43	82	2	2	2	2	2	3			
1	33	1	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	19	24	43	86	2	2	2	2	2	2		
1	33	1	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	1	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	17	19	36	72	2	2	2	2	2	2			
1	41	3	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	12	14	36	62	1	1	2	2	1	2			
2	29	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	15	18	37	70	2	2	2	2	2	2	
2	18	1	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	18	23	42	83	2	2	2	2	2	1	
2	22	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	14	18	33	65	1	2	1	2	2	2		
1	38	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	1	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	20	24	43	87	2	2	2	2	2	2		
1	27	1	1	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	4	2	2	2	2	1	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	17	20	38	75	2	2	2	2	2	2		
1	40	3	1	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	4	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	1	2	14	23	42	79	1	2	2	2	2	2
1	32	3	1	2	2	3	3	3	1	2	3	2	3	3	4	3	2	3	2	1	3	3	2	3	3	3	3	2	1	2	1	3	1	2	15	22	38	75	2	2	2	2	2	2	
2	46	3	2	2	2	2	2	3	1	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	1	3	4	3	3	3	3	3	2	3	1	3	2	2	14	20	43	77	1	2	2	2	2	2		
2	59	3	2	3	3	3	3	4	2	2	3	3	4	3	4	3	3	3	2	1	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	20	25	42	87	2	3	2	2	2	2		
2	27	1	2	2	1	1	2	2	2	3	2	3	2	3	4	3	2	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	12	22	34	68	1	2	1	2	2	2		
1	33	2	1	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	15	18	37	70	2	2	2	2	2	2	
1	29	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	4	2	2	3	3	1	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	3	2	2	15	20	36	71	2	2	2	2	2	2	
1	42	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	3	3	2	2	2	2	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	14	17	35	66	1	2	2	2	2	2		
1	19	1	1	1	2	1	2	2	1	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	10	18	28	56	1	2	1	1	1	1		
2	34	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	4	3	3	2	3	1	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	16	23	41	80	2	2	2	2	2	2		
2	55	3	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	8	21	34	63	1	2	1	1	1	2		
2	63	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	1	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	8	19	37	64	1	2	2	1	1	3		
2	43	4	3	3	4	4	3	4	3	2	3	3	3	3	4	3	3	2	3	1	1	2	2	2	3	3	4	3	2	2	3	2	3	24	24	41	89	3	2	2	2	2	2		
1	30	1	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	1	3	1	2	2	3	2	3	3	1	2	2	3	3	3	3	18	22	39	79	2	2	2	2	2	2		
1	51	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	20	24	45	89	2	2	2	2	2	2			
1	39	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	15	23	42	80	2	2	2	2	2	2		
1	62	3	2	2	3	2	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	19	25	47	91	2	3	2	2	2	3		
1	59	3	2	2	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	19	25	45	89	2	3	2	2	2	2		
2	20	1	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	17	20	35	72	2	2	2	2	2	2		
2	50	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	19	20	37	76	2	2	2	2	2	2			

2	43	2	1	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	1	15	20	32	67	2	2	1	2	2	
2	39	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	15	19	36	70	2	2	2	2	2			
1	57	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	14	19	28	61	1	2	1	1	2
1	39	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	3	2	4	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	12	19	26	57	1	2	1	1	2
1	32	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	3	2	4	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	14	19	27	60	1	2	1	1	2
1	28	1	2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	3	3	4	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	14	21	33	68	1	2	1	2	2		
2	55	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	19	26	53	98	2	3	3	3	2
2	40	3	3	2	3	3	4	4	3	2	4	3	4	4	4	3	3	3	4	1	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	2	22	27	53	102	3	3	3	3	2
2	70	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	4	3	4	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	17	22	34	73	2	2	1	2	3
2	29	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	4	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	15	21	39	75	2	2	2	2	2	
2	56	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	17	18	38	73	2	2	2	2	2	
1	62	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	19	24	43	86	2	2	2	2	3	
1	38	2	1	2	2	2	2	3	3	2	2	2	4	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	15	21	40	76	2	2	2	2	2	
1	49	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	4	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	19	23	39	81	2	2	2	2	2
1	69	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	16	19	39	74	2	2	2	2	3	
1	27	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	15	19	34	68	2	2	1	2	2		
1	45	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	4	3	2	3	2	3	3	1	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	16	22	41	79	2	2	2	2	2	
2	27	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	1	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	15	18	37	70	2	2	2	2	2		
2	18	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	15	18	37	70	2	2	2	2	1		
2	22	1	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	16	16	36	68	2	1	2	2	2		
2	38	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	4	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	16	20	35	71	2	2	2	2	2			

