

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Cuidado Humanizado y Carga Laboral en el personal de Enfermería de una  
Unidad de Terapia Intensiva de un hospital público provincial de Rosario.**

Por: Pía Vivanco Sandoval

Director: Paola Kokotovich

Docente Asesor: Rosana Nores

Rosario, 28 de Noviembre de 2020

*Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina*

## **Resumen**

El personal de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva, se enfrenta a una carga laboral que afecta en el nivel de Cuidado Humanizado que brinda.

Este trabajo pretende analizar la influencia que existe de la carga laboral del personal de enfermería, la edad, el sexo, la situación de doble empleo, el nivel de formación y los años de antigüedad en el servicio relacionado a la aplicación de Cuidado Humanizado brindado en una unidad de terapia intensiva de un hospital público de la ciudad de Rosario en el primer trimestre de 2021.

Estudio de enfoque cuantitativo, transversal, prospectivo, observacional y descriptivo que incluye aproximadamente a 67 enfermeros que desempeñan asistencia directa al paciente y con una antigüedad mayor a un año en una unidad de cuidados críticos. Donde se utilizará para la variable Cuidado Humanizado la observación mediante una lista de cotejo (escala NCA) y la encuesta para Carga Laboral mediante un cuestionario (escala NAS). A través del programa Excel se analizarán los datos, para luego ser presentados mediante gráficos de barras adosadas.

Palabras claves: Cuidado Humanizado, Carga Laboral de enfermería, Personal de Enfermería, Unidad de Terapia Intensiva.

<b><u>Índice</u></b>	<b>Págs.</b>
<b>Resumen y Palabras Clave</b>	2
<b>Índice General</b>	3
<b>Introducción</b>	4
<b>Marco Teórico</b>	10
<b>Material y Métodos</b>	
Tipo de estudio	26
Sitio y contexto de la investigación	26
Población y Muestra	27
Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos	27
Personal a cargo de la recolección de datos	37
Plan de análisis	38
Plan de trabajo y Cronograma	39
<b>Anexos</b>	
I Guía de convalidación de sitio	42
II Consentimiento Informado	44
Instrumento N°1 de recolección de datos	46
Instrumento N°2 de recolección de datos	49
III Resultados del estudio exploratorio	51
Nota de Autorización para el estudio exploratorio	52
IV Resultados de la prueba piloto del instrumento	54
Nota de Autorización para la prueba piloto	55
<b>Bibliografía</b>	56

## **Introducción**

Cuando una persona es internada en una Unidad de Cuidados Intensivos, vive un momento de crisis, donde es separado de su familia, sin contacto con el exterior, causando estrés, miedo y ansiedad tanto para ellos como para sus familiares, haciéndose fundamental el cuidado humanizado, siendo el personal de enfermería, en su rol de cuidador, el encargado de atender las necesidades biopsicosociales.

Gracias a los enormes avances tecnológicos y científicos se hace posible brindar a los pacientes una mejor atención de su enfermedad, mayor prolongación de la vida y menor padecimiento del dolor.

Sin embargo, se ha priorizado la tecnificación de las unidades y los cuidados técnicos, conduciendo a la deshumanización de los cuidados sanitarios, privando al paciente crítico y a sus familiares poder estar en contacto, causando un gran estrés físico y psicológico. Pero es una realidad que el personal de enfermería se enfrenta a rutinas, alta tecnificación en las unidades, donde el cuidado se vuelve meramente técnico (1).

Al recibir un paciente en una Unidad de Terapia Intensiva, el personal de enfermería se enfrenta a un listado de actividades técnicas por hacer, como control de signos vitales, colocación de catéteres, sondas, comenzar con la administración de medicamentos indicados, asistir procedimientos médicos, etc. Actividades que por la dinámica del servicio se deben cumplir, horarios, entregas de guardias, causando un aumento de la carga laboral para enfermería donde el cuidado humanizado pasa a un segundo plano.

Las exigentes rutinas, las alarmas de las bombas, los respiradores, la alta tecnificación de las unidades llevan a priorizar los cuidados técnicos y a la “cosificación” del paciente, deshumanizando el cuidado y sus necesidades.

El cuidado del paciente depende de todo el equipo de la salud, pero enfermería es la que dedica más tiempo y esfuerzo. Siendo necesario un cuidado humanizado en la práctica profesional para mejorar la calidad de vida de los sujetos de atención.

El cuidado humanizado consiste en entregar una atención de manera integral, valorando a la persona como un todo, considerando sus problemas físicos, emocionales, relacionales y espirituales, como así también todas sus necesidades tanto de él como las de su familia, basándose en el respeto y la comunicación. (2)

Al iniciar con la búsqueda bibliográfica, existe mucha información sobre cuidado humanizado, pero desde la perspectiva del paciente y su familia, y escaso sobre el cuidado entregado desde el propio personal de enfermería. Además de poca información en el contexto argentino.

Con esto se puede decir que el exceso de carga laboral a la cual se encuentra sometido el personal de enfermería influye en el tipo de cuidado que brinda. Si bien en los estudios la mayoría de los profesionales considera que brinda un buen cuidado humanizado, continúa siendo un número importante los que perciben una entrega deficiente.

En 2015 en Lima realizaron una investigación abordando las dimensiones del Cuidado Humanizado: satisfacción de necesidades, habilidades técnicas de enfermería, autocuidado de la profesional, aspectos éticos del cuidado, relación enfermera-paciente y aspectos espirituales.

Se realizó en 46 profesionales de enfermería que trabajan en un Servicio de Medicina de un hospital Nacional, a través de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, utilizando como instrumento un cuestionario que consiste en una escala de medición del cuidado humano según la Teoría de Jean Watson, que consta de 20 indicadores con una puntuación del 1 al 5 (siempre, a menudo, a veces, ocasionalmente y nunca) que luego se agrupan en 3 estándares: en alto, regular y bajo relacionado al cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería.

Se obtuvo como resultado que un 22% de las enfermeras brindan un bajo cuidado humanizado, 52% lo hacen de manera regular y alto sólo un 26%. Siendo la dimensión "Habilidades técnicas de enfermería" la que más predominó respecto a un cuidado regular. El estudio concluyó que el personal de enfermería brinda un cuidado humanizado regular (2).

Así mismo, en Chile en el año 2017 se realizó un estudio sobre la relación existente entre los factores psicosociales laborales y la entrega de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería de un hospital público, mediante un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal y correlacional.

En la investigación se entrevistó a 240 enfermeras que trabajan en un hospital público, utilizando como instrumentos: Cuestionario de Evaluación de riesgos

psicosociales en el trabajo SUSESO-ISTAS 21 y la escala NCA (Nyberg's Caring Assessment).

Al analizar la relación entre los riesgos psicosociales y la percepción del cuidado humanizado en los profesionales de enfermería, se observó que las dimensiones trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo, compensaciones y doble presencia se asocian de manera inversa, es decir, que el personal de enfermería al percibir alta exposición a riesgos psicosociales, su percepción de entrega de cuidado humanizado baja. Se evidencio que más del 50% de las enfermeras perciben una alta entrega de cuidados humanizados, pese a sentir una alta percepción de riesgo psicosocial.

Sin restarle importancia que un 43,76% tiene una baja percepción del cuidado humanizado entregado, comparándolo con otros estudios que demuestran que las enfermeras tienen un concepto teórico claro del cuidado humanizado, pero con dificultades para llevarlo a la práctica debido a rutinas hospitalarias, organización del servicio, etc.

Concluyendo que la percepción de cuidado humanizado se asocia de forma significativa con la percepción de riesgos psicosociales en el desempeño laboral del personal de enfermería (3).

Por otro lado, en un estudio de revisión bibliográfica exploratoria y narrativa realizado en 2018 en España, nos muestra el análisis de 38 artículos, 24 cualitativos, 5 cuantitativos y 9 de revisión bibliográfica, teniendo como objetivo determinar las necesidades socioemocionales del paciente crítico y si las enfermeras son capaces de satisfacerlas mediante el cuidado humanizado.

Este estudio se propuso dos puntos de vista sobre el cuidado humanizado: "actitudes y comportamientos", donde la enfermera percibe al paciente desde una visión holística, basando el cuidado principalmente en la comunicación verbal y no verbal, la actitud profesional, el apoyo del equipo multidisciplinario, la incorporación de la familia como red de apoyo, asegurar el confort y el apoyo espiritual, y "las dificultades para la implementación del cuidado humanizado en la práctica", destacando que la enfermera tienen conocimiento y están conscientes de la importancia del cuidado humanizado, pero se les dificulta llevarlo a la práctica, ya que, las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales no están inculcadas como parte esencial del cuidado, dejándolo al criterio

del profesional influenciado por factores como exceso de trabajo, desgaste emocional y presión asistencial (4).

En 2019 en Perú, se realizó una investigación para determinar la relación entre la carga laboral y la actitud del personal de enfermería frente al paciente de UCI; A través de un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional y transversal, donde participaron 70 enfermeros que se desempeñan en una UCI de un hospital público.

Se utilizó un instrumento para medir la actitud que consta de tres dimensiones: cognitivo, afectivo-emocional y conductual, y para carga laboral un instrumento conformado también por tres dimensiones: carga física, carga mental, y aspectos físicos y psíquicos.

Se demostró que 49,2% del personal de enfermería presentaba una carga laboral desfavorable y 35,6% presento una actitud no favorable, lo que se relaciona de manera directa. El estudio concluyó que la carga laboral tiene relación con la actitud del personal de enfermería frente al paciente de UCI (5).

En 2018 se realizó una revisión bibliográfica para determinar el porcentaje medio del índice NAS de las unidades críticas españolas y latinoamericanas, mediante un estudio descriptivo transversal bibliográfico de literatura científica que incluyó 30 artículos. Se analizó cada artículo de manera individual, clasificándolos según el objetivo del estudio.

Se evidenció que existe una alta carga de trabajo para el equipo de enfermería de las unidades críticas de Latinoamérica, con una población de 3041 personas, encontrando valores más altos con un índice NAS de 75,78% y un tiempo de índice NAS de 18,19 horas.

A diferencia de España, donde se estudió una población de 2355 personas, con un resultado 69,67% en escala NAS y un índice de tiempo de 16,72 horas. La investigación concluyo que el índice NAS y las horas de asistencia directa al paciente son mayores en Latinoamérica que en España, siendo importante esta evaluación para adecuar la dotación de personal y así mejorar la calidad del cuidado (6).

El cuidado humanizado se ve influenciado por factores sociodemográficos del personal de enfermería. Un estudio observacional, transversal y comparativo realizado en 2012 en México, que incluyo a 127 enfermeras que desempeñan en servicio de cirugía

general, medicina interna y geriatría en un hospital público, nos muestra que las mujeres tienen mayor conocimiento sobre este tipo de cuidado, teniendo en consideración que la mayoría del personal de enfermería es femenino.

Otro punto a destacar es que el personal menor a 30 años entrega un mayor trato digno al paciente, característica importante del cuidado humanizado. Otro aspecto es que a más años de antigüedad laboral tiende a disminuir esta característica (7).

Evaluar y conocer el cuidado humanizado entregado por los profesionales de enfermería, ayuda a repensar el cuidado como esencia de la profesión. Humanizar las áreas críticas, tiene un alto impacto en la estadía de los pacientes, disminuir el miedo, acompañar, respetar y comprender desde la empatía, sin duda mejora su paso por una unidad de terapia intensiva.

Se debe valorar las necesidades de los pacientes, para que los enfermeros puedan satisfacerlas. Se considera relevante priorizar la implementación del cuidado humanizado para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con necesidad de atención de salud.

Valorar el cuidado humanizado entregado por el personal de enfermería desde su perspectiva y qué factores influyen, permitirá formular estrategias para implementar mejoras que repercutan en el bienestar del profesional de enfermería, la institución y sobre todo en el sujeto de atención, tales como protocolos de cuidado humanizado, capacitar al personal de enfermería sobre habilidades de comunicación y humanísticas, así como también el manejo de la carga asistencial.

Por todo lo antes mencionado, este proyecto persigue el propósito de elevar mediante una presentación formal a las autoridades que así lo requieran los resultados obtenidos de esta investigación, para que en puedan disponer de ellos y elaborar estrategias que favorezcan a la incorporación del cuidado humanizado en el área de cuidados críticos.

Ante lo explicado anteriormente el problema a investigar es ¿Cómo influye la carga laboral, sexo, edad, situación de doble empleo, nivel de formación y años de antigüedad en el servicio, del personal de enfermería relacionado a la aplicación de Cuidado Humanizado en los pacientes de una Unidad de Terapia Intensiva de un hospital público provincial de la ciudad de Rosario durante el primer trimestre de 2021?

Siendo el objetivo de este estudio analizar la influencia que existe de la carga laboral del personal de enfermería, la edad, el sexo, la situación de doble empleo, el nivel de formación y los años de antigüedad en el servicio relacionado a la aplicación de Cuidado Humanizado en los pacientes de una unidad de terapia intensiva de un hospital público de la ciudad de Rosario durante el primer trimestre de 2021. Del cual se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Valorar las actividades básicas, actividades específicas, actividades de soporte cardiovascular, de soporte metabólico, de soporte neurológico, de soporte ventilatorio, de soporte renal en una unidad de terapia Intensiva
- Valorar la satisfacción de las necesidades, la relación enfermera-paciente, el autocuidado del personal de enfermería, los aspectos éticos, aspectos espirituales y las habilidades técnicas realizada por el personal de enfermería.
- Determinar la edad y el sexo de la población a estudiar.
- Conocer el nivel de formación del personal de enfermería.
- Conocer los años de antigüedad en el servicio del personal de enfermería.
- Conocer la situación de doble empleo del personal de enfermería.

Con todo lo expuesto como referencia, lectura de bibliografía y la propia experiencia personal queda manifiesto la siguiente hipótesis: El personal de enfermería que posee una antigüedad entre 1 a 5 años, con una edad menor a 30 años, de sexo femenino, con un solo empleo, cuya formación es de grado, con una carga laboral menor a 100%, brinda un alto cuidado humanizado en pacientes internados en una unidad de terapia intensiva de un hospital público de la ciudad de Rosario.

## **Marco Teórico**

El concepto sobre trabajo ha ido evolucionando a través de la historia y diversas culturas, teniendo un papel fundamental en la vida de los seres humanos. Trabajo proviene del latín trabs, trabis (traba, dificultad, impedimento) considerándose meramente humano. Desde el punto de vista fisiológico es considerado una actividad, un quehacer.

Desde lo social, destaca la prioridad que debe tener lo ético-social por sobre el carácter patrimonial. Y económicamente es un factor productivo, donde existe un intercambio de bienes y servicios para la satisfacción de necesidades (8).

Smith, Adam entendía al trabajo como la producción de algo, destacando la división del trabajo en distintos tipos de actividad productiva, y como consecuencia la especialización de éste.

A diferencia de Marx, Karl que planteaba que el trabajo producía el valor, una facultad exclusiva del hombre a través de un proceso entre éste y la naturaleza. Veía al trabajo como una actividad y creatividad, discrepando con lo que planteaba el capitalismo que lo reducía a un medio para alcanzar dinero.

Weber, Max define al trabajo como un deber, una profesión, una vocación en una esfera ética y religiosa, algo que va más allá de lo económico.

Neffa Julio explica al trabajo como una actividad realizada por una o varias personas con una finalidad, ya sea la prestación de un servicio o la adquisición de un bien, que puede tener una utilidad social o la satisfacción personal o de otras personas. El trabajo involucra a todo el ser humano, utilizando sus capacidades y soportando una carga física, psíquica y mental (9).

Es aquí donde nace el concepto de carga de trabajo o carga laboral. La OIT (Organización Internacional del Trabajo) define a la carga laboral como el conjunto de requerimientos físicos (carga física) y mentales (carga mental) a las que se ve sometido el trabajador durante su jornada laboral (10).

El paradigma dinámico propuesto por Almirall, nos da un enfoque subjetivo o expresión psíquica centrándose en el hombre. Este autor define a la carga de trabajo como el reflejo subjetivo de la realidad objetiva que resulta de las condiciones en que se

desarrolla la tarea y las potencialidades, historia y capacidades del que las desempeña (11).

Los efectos de la carga se presentan cuando sobrepasa la tolerancia y reactividad del trabajador, obteniendo como consecuencia la disminución del rendimiento y del nivel de cumplimiento de la tarea afectando su estado emocional y su rendimiento cognitivo.

Estos efectos, se hacen conscientes de forma mediata (inestabilidad del rendimiento, fallos, errores) y de forma inmediata a partir de la percepción subjetiva de su estado funcional.

La medición de la carga laboral nace en la Organización Científica del Trabajo con Frederick Taylor, padre de la gestión científica, el cual mejoró los estándares de empleo al realizar un estudio de los tiempos de ejecución al medir con cronómetro las cargas laborales (12).

Kanawaty, en cambio, realiza una medición cualitativa de la carga laboral, a través de la aplicación de técnicas para determinar la percepción del tiempo invertido del trabajador en llevar a cabo una tarea definida efectuándola según una norma de ejecución preestablecida (13).

La carga laboral debe ser medida de forma cualitativa en tres áreas específicas: psicológica, física y fisiológica, para determinar la incidencia que tiene sobre otras variables. Para esto se debe establecer la percepción de ejecución de una tarea en un tiempo, y así se podrá constatar si el trabajador es productivo o no.

La distinción entre carga psíquica o mental y carga física tiene un valor práctico cuando se trata de los tipos de exigencias que demanda la tarea (11).

La carga física de trabajo es el conjunto de actividades físicas a las que se ve sometida la persona, y se relaciona con el esfuerzo físico, la postura de trabajo y la manipulación de cargas. Está influenciada por la edad, sexo, alimentación, condición física, etc. Ésta requiere esfuerzo físico, que pueden ser:

- Estáticos: Se trata de un esfuerzo sostenido en el que los músculos se mantienen contraídos durante un cierto tiempo (estar de pie o en una postura concreta)

- Dinámicos: cuando hay sucesión periódica de tensiones y relajaciones de los músculos que intervienen en una actividad (andar o transportar un carro).

Las actividades que demandan alto nivel de destreza y experiencia no disminuyen su desempeño con la edad, pero aquellas que necesitan facultades físicas, con alta carga sensorial o con rapidez en emisión de respuestas tienden a verse afectadas cuando la edad es mayor (14).

La carga mental de trabajo está determinada por la cantidad y el tipo de información que debe manejar la persona en un puesto de trabajo relacionado con sus funciones. Esto quiere decir, que implica los estímulos que recibe el cerebro a los que debe dar respuesta mediante una actividad.

Mulder define a la carga mental en función del número de procesos requeridos para realizar correctamente una tarea y también en función del tiempo necesario para que la persona, en su memoria, elabore las respuestas de la información recibida. Presenta factores que intervienen en la carga mental (15):

- La cantidad de información que se recibe
- La complejidad de la respuesta que se exige
- El tiempo que se ha de responder
- Las capacidades individuales

La carga mental se relaciona con la capacidad de respuesta del trabajador en tareas asociadas a la atención selectiva, memorización, ritmo, control de emociones, frustración, resolución de problemas laborales, manejo de estrés y tensión. Cuando los elementos de la carga mental sobrepasan la capacidad del trabajador, provoca un desequilibrio que se denomina fatiga mental. Esto desencadena una reducción de la atención, lentitud de pensamiento, escasas habilidades para resolver problemas, escaso manejo del estrés y expresión de emociones inadecuadas, y en ocasiones un aumento en el número de errores, olvidos y confusiones incrementando la probabilidad de accidentes laborales afectando el desempeño laboral.

Las causas que pueden llevar a cabo una situación de fatiga laboral son las inadecuadas aptitudes o falta de capacitación del personal y la persona elegida para que cumpla los roles o funciones, el cual debe estar altamente cualificado con destrezas y habilidades específicas del puesto a desempeñar. Frente a una misma tarea, la carga de

trabajo no sería la misma para una persona capacitada y experimentada que para una poco capacitada (16).

Para analizar el rendimiento laboral relacionado a la carga de trabajo, Brunet plantea la relación que tiene el sujeto con el ambiente y las condiciones que le permiten trabajar, que son las siguientes (17):

- Diseño del puesto y del equipo de trabajo: sobrecarga de trabajo cuantitativo
- Condiciones ambientales desfavorables: iluminación, ruido, temperatura, etc.
- Ritmo de trabajo elevado y competitivo
- Falta de autonomía en la planificación y organización del trabajo. Trabajo a demanda
- Posturas de trabajo: carga estática y dinámica
- Horario: distribución de jornadas de trabajo, turnos, flexibilidad.

La satisfacción laboral, es otro factor que interviene en la carga laboral. Se define como el grado de placer que el empleado obtiene de su trabajo. Y al relacionarlo con la antigüedad en el empleo, los trabajadores con más años en el puesto tienen niveles de satisfacción menor, lo que podría señalar cansancio o aburrimiento con el trabajo (18).

La motivación es otro elemento que influye. Ésta se ve condicionada por el estrés laboral, siendo inversas, entre más estrés menos motivación. Entonces ciertos estresores como el pluriempleo y un ritmo rápido de trabajo, predispone a la desmotivación del individuo (19), viéndose afectado su desempeño laboral.

La carga laboral entonces, es una cantidad de esfuerzo deliberado que realiza el trabajador, para obtener un resultado esperado, que provoca una serie de consecuencias como la fatiga, monotonía, insatisfacción, etc. Para comprender la carga de trabajo tanto física como mental, se deben considerar las siguientes características:

- Aspectos cuantitativos: la cantidad de información que la persona debe manejar en su puesto de trabajo.
- Aspectos cualitativos: la complejidad de la tarea a realizar.

Estos aspectos al verse afectados, pueden dar lugar a situaciones por exceso o por defecto de trabajo. La sobrecarga o estimulación excesiva son las situaciones en el

que el trabajador está sometido a más exigencias de las que puede satisfacer según sus capacidades (20). Pueden ser:

- Sobrecarga cuantitativa: cuando el trabajador realiza varias funciones en un corto tiempo, como consecuencia del gran volumen de trabajo y la estandarización de actividades que se llevan a cabo. Esto provoca disminución de la motivación, baja autoestima, ausentismo, etc.
- Sobrecarga cualitativa: se refiere a las excesivas demandas mentales en relación a sus conocimientos y habilidades, haciendo referencia a la complejidad de la tarea a realizar provocando insatisfacción laboral y pérdida de confianza.

La subcarga de trabajo, es lo contrario a la sobrecarga y se clasifica en:

- Subcarga cuantitativa: representa el tiempo de ocio de los trabajadores, producto de la escasa actividad a realizar ocasionando bajo nivel de vigilancia, ansiedad y aburrimiento.
- Subcarga cualitativa: es el bajo nivel de dificultad del trabajo, la cual tiene escaso contenido y variación, provocando irritabilidad y depresión.

Existen indicadores del nivel de carga laboral en las que se manifiestan características propias de un buen desempeño, como los son:

- La aptitud: que se refiere a la eficiencia, calidad y productividad.
- La conducta: que manifiesta el aprovechamiento y cumplimiento en las horas laborales, normas de seguridad y salud.
- Cualidades personales: Valores propios de la persona, necesarios para el desempeño en un cargo asignado.

Estas características hacen al trabajador y la relación de éste con la carga laboral. Entre los trabajadores de la salud la aptitud, la conducta y las cualidades personales en conjunto con las exigencias de trabajo juegan un rol importante.

El personal de enfermería es parte del grupo trabajadores de la salud, ya que, realiza actividades que contribuyen a la salud, a la seguridad física y al desarrollo de habilidades cognitivas, físicas o emocionales de las personas.

En Argentina en 2012, el número de trabajadores de la salud alcanzaba un total de 805.842 que equivalen al 4,4% de la población económicamente activa, según datos

de la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales del Ministerio de Trabajo y Empleo. Con respecto al personal de enfermería en términos de densidad, existen 4,8 enfermeros (profesionales y licenciados) y parteras cada 10.000 habitantes, dato considerablemente inferior a la mediana mundial de 28,4 enfermeros y parteras cada 10.000 habitantes.

Novick y Galin destacan el deterioro de las condiciones de empleo y trabajo en el campo de la salud. Evidenciándose en el aumento del pluriempleo, extensión de la jornada laboral, flexibilización de los modos de contratación y de la organización del trabajo, impactando en la carga laboral del personal de salud (21).

El trabajo de enfermería consiste en brindar cuidados a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad y sociedad) que en continua interacción con su entorno vive experiencias de salud, mediante aspectos afectivos y humanistas, y aspectos técnicos o instrumentales que no pueden separarse de los primeros. El personal de enfermería se desempeña en áreas intrahospitalarias como extrahospitalarias o comunitarias, en el ámbito de la asistencia, gestión, educación e investigación (22).

La composición y dinámica del trabajo de enfermería, está dada por la oferta y demanda. Los factores relacionados con la oferta de profesionales de enfermería son: número de aspirantes a la formación universitaria, ingreso y egreso en la formación de pregrado, disponibilidad y oferta de posgrados, reglamentación y control del ejercicio de la profesión, proceso de certificación y recertificación.

Los factores relacionados con la demanda son organización del sector salud, oferta de empleos y distribución territorial e institucional, formas de contratación, sistema de remuneración y estímulos.

Los cuidados de enfermería se orientan según el Proceso de Cuidado Enfermero, de una forma reflexiva, estructurada, individualizada, definida, evaluada y elaborada. Por lo que las actividades diarias de enfermería, incluyen no solo aquellas que son técnicas, relacionadas con el cuidado básico y directo al paciente, sino también actividades indirectas que incluyen tareas de registro, administrativas, diseño de plan de cuidados, gestión de recursos, etc. que dependerán de la cantidad y calidad de pacientes y de la unidad donde se desempeñen.

Cuando se necesita medir la carga de trabajo del personal de enfermería, se presentan diferentes variables a tener en cuenta: las características inherentes del

trabajo enfermero, las particularidades de cada uno de los pacientes (gravedad, grado de dependencia, aspectos familiares, psicológicos, sociales, etc.), analizar al personal adecuado para cada servicio dependiendo de sus necesidades, garantizar la calidad del cuidado y la seguridad de los pacientes considerando su estado físico, psíquico y social como también el de los profesionales de enfermería, y por último la metodología utilizada para medir y analizar los resultados, de manera que resulte adecuada y satisfactoria.

La carga laboral de enfermería se define como las actividades, tareas e intervenciones que tiene que realizar el personal de enfermería en relación con el número de pacientes que dependen de su cuidado (6). ; Medir la cantidad de trabajo del recurso humano a partir de las necesidades de la propia persona cuidada, nos garantiza la calidad de atención en salud y mejorar la relación costo-beneficio (23).

Se debe diferenciar entre carga de trabajo y carga asistencial de enfermería, siendo ésta última un concepto con visión limitada y parcelada que no ofrece la realidad del trabajo de enfermería, ya que el concepto de carga laboral engloba aspectos físicos, mentales y emocionales.

Según Toro Flores R, la carga laboral de enfermería distingue tres tipos de cargas, que son: la carga física, carga mental y la carga psicoafectiva, siendo esta última la más difícil de medir, ya que, representa los sentimientos involucrados en la relación enfermera-paciente (sufrimiento de pacientes, agresiones, angustia, etc.) (24).

En una Unidad de Cuidados Intensivos la carga laboral juega un papel fundamental en la ocurrencia de incidentes, ya que, el hecho de proporcionar una menor vigilancia a algunos pacientes y sumada a una disminución de la supervisión por parte de enfermería, podrían aumentar las transgresiones a las normas y como consecuencia la frecuencia de incidentes, incluyendo un incremento de las infecciones intrahospitalarias.

El número insuficiente de profesionales de enfermería afecta negativamente a la calidad del cuidado brindado a las personas, propiciando un mayor riesgo de eventos adversos como errores en la administración de medicamentos, la deshumanización del cuidado, retirada no programada de sondas o catéteres, etc. Impactando en la mortalidad, morbilidad y en el tiempo de estancia hospitalaria.

Una Unidad de Terapia Intensiva se caracteriza por generar una considerable carga laboral tanto física como mental, debido a la alta demanda de atención que

requieren los pacientes y sus familias, las complejas relaciones interprofesionales y el alto nivel de conocimiento y formación que se requiere para la realización de tareas.

Los enfermeros que se desempeñan en una Unidad de Terapia Intensiva realizan intervenciones complejas debido a las condiciones de gravedad de los pacientes y además cuentan con un manejo de la tecnología, ya sea, para monitorizar, detectar y resolver acciones de carácter independiente o interdependiente. Esto conlleva, a un elevado nivel de competencia científico-técnica, capacidad de análisis y resolución de problemas por parte de cada personal de enfermería.

Conocer la carga de trabajo permite precisar el tiempo para cada cuidado necesario y así proporcionar planillas de personal. En relación a esto, durante los últimos años se han creado diversos instrumentos, basados en medidas directas que son las acciones asistenciales con relación a la interacción con el paciente, y las medidas indirectas que tienen que ver con la cantidad de pacientes y el tiempo de ejecución de las actividades.

En las Unidades de Terapia Intensiva, se utilizan escalas que miden la gravedad del paciente y que además predicen el riesgo de mortalidad hospitalaria, y por otro lado también se utilizan escalas que miden las necesidades terapéuticas y asistenciales de enfermería que requieren los pacientes en estado crítico.

La sociedad Europea de Cuidados Intensivos en 1994 validó la escala NEMS (Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score) la cual establece 3 niveles de atención que muestran el esfuerzo asistencial que necesita un paciente crítico durante las 24 hrs. previas al registro. La puntuación oscila entre los 0 y 63 puntos, siendo Nivel I un NEMS medio <21 relación paciente-enfermera 3:1, Nivel II un NEMS medio 21-30 puntos con una relación paciente-enfermera 2:1 y Nivel III un NEMS medio >30 con relación paciente-enfermera 1:1 (6).

Esta escala se centra en actividades relacionadas al quehacer médico y la asistencia hacia éste, no reflejando las actividades independientes del personal de Enfermería, e impactando de este modo en la cuantificación real de la carga de trabajo y por ende en la calidad del cuidado enfermero brindado.

Otro instrumento que mide la carga laboral de enfermería en las unidades críticas es el TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) que mide la demanda de trabajo

de acuerdo a la gravedad del paciente. Sin embargo, solo contempla un 34,3% de las actividades de enfermería.

En el año 2003 se crea y valida la escala NAS (Nurse Activities Score) basada en el TISS-28, que considera el 80,8% de la carga de trabajo de enfermería (23).

Esta escala fue diseñada por un grupo de expertos compuesto por 15 médicos y 10 enfermeras de cuidados intensivos, quedando conformada por 23 actividades rutinarias (indicadores) de enfermería realizadas al paciente crítico (25). La validación transcultural más actualizada hallada, data del año 2018 en Chile (23). Estas actividades se engloban en 7 dimensiones:

- **Actividades Básicas:** compuesta por 8 indicadores que contemplan monitoreo y controles, laboratorio, medicamentos, procedimientos de aseo, cuidados con drenajes, movilización y posicionamiento del paciente, soporte a los familiares y tareas de gestión.
- **Soporte Ventilatorio:** abarca 3 actividades de asistencia respiratoria, cuidados de vías respiratorias artificiales (tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía) y tratamientos para mejorar la función pulmonar (terapia inhalatoria, aspiración de secreciones, fisioterapia o espirometría).
- **Soporte Cardiovascular:** conformada por 4 indicadores, medicación vasoactiva, reposición intravenosa de pérdida de líquidos a altas cantidades ( $>3l/m^2/día$ ), control del catéter arterial pulmonar (Swan Ganz) y resucitación cardiopulmonar durante las últimas 24 horas.
- **Soporte Renal:** compuesta por 2 indicadores relacionados con técnicas de hemofiltración o diálisis, y la medición cuantitativa de orina.
- **Soporte Neuronal:** relacionada directamente con un indicador sobre medición de presión intracraneal.
- **Soporte Metabólico:** abarca 3 indicadores, sobre alimentación enteral por medios gastrointestinales (sonda gástrica, yeyunostomía), nutrición parenteral por vía intravenosa y tratamiento sobre complicaciones de acidosis/alcalosis metabólicas.
- **Intervenciones Específicas:** compuesta por 2 indicadores, actividades dentro de la unidad como por ejemplo intubación endotraqueal, cardioversión, endoscopias, etc., excluyendo aquellas que no tienen relación con la condición clínica del paciente (radiografías, ecografías). Y las actividades fuera de la unidad como cirugías y procedimientos diagnósticos.

La puntuación obtenida representa el porcentaje de tiempo que un enfermero dedica al cuidado directo al paciente durante 24 hrs. de internación, la suma de los 23 indicadores oscila entre 0 y 177%. Cada punto corresponde a 14,4 minutos de asistencia del personal de enfermería. Esto nos indica que un resultado mayor a 100% deduce que ese paciente necesita a más de una enfermera para su cuidado (6).

Esta escala es efectiva para medir la carga de trabajo de enfermería, la dotación de personal y evaluar costos de una unidad de terapia intensiva (23).

Si bien, la escala NAS no cuenta con un marco de referencia teórico para carga laboral, utiliza el enfoque de exigencias de trabajo para analizar el contenido de las diferentes actividades del personal de enfermería, que permite la cuantificación de la carga laboral.

La razón enfermera-paciente se traduce como el número mínimo de enfermeras a cargo de cierta cantidad de pacientes, tomándose como un coeficiente que mide la carga laboral de enfermería. Cuando la carga laboral de enfermería aumenta, o sea la relación enfermera-paciente es alta, afecta la calidad de atención. Esto permite observar de manera objetiva al volumen de trabajo y al rendimiento real del personal de enfermería que puede alcanzar para brindar cuidado según las necesidades de las personas, la gravedad del problema de salud y con los recursos tanto humanos como tecnológicos con los que se cuenta (25).

Según la OIT, la morbilidad y la mortalidad de los pacientes está estrechamente relacionada a la dotación del personal, la estabilidad de esa dotación y el nivel de educación de los trabajadores de la salud. Un estudio realizado en nueve países europeos, revela que un aumento de la carga de trabajo del personal de enfermería aumenta un 7% el riesgo de mortalidad de los pacientes internados, en contraposición de que al aumentar un 10% de profesionales Licenciados en enfermería, disminuye un 7% la mortalidad de los pacientes internados (26).

En Argentina, según la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud en el años 2013 existían 179.175 trabajadores de enfermería, donde 40,95% son Técnicos en Enfermería y solo 11,01% Licencias en Enfermería, el resto corresponde a Auxiliares (27). Esto demuestra la necesidad de profesionalización del personal de Enfermería, y un cambio en el paradigma del cuidado que mejore la calidad de la atención.

Es aquí donde el cuidado, esencia de la Enfermería, toma protagonismo, siendo la atención de todas las necesidades humanas, ya sea, biológica, psicológica, social y espiritual. El cuidado es la base moral que fundamenta la práctica profesional de enfermería como resultado de las habilidades técnicas, conocimiento científico y sensibilidad humana (28). Se cuida a la persona y a las comunidades, en las diferentes esferas vitales, desde una perspectiva personal global y sistémica social incluyendo cuidado asistencial, la docencia, la investigación y la gestión (29).

La evolución del cuidado se enmarca en cuatro etapas. La primera es la etapa doméstica del cuidado caracterizada por la mujer encargada del hogar, comprende el periodo histórico desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano.

La segunda etapa es la vocacional del cuidado que se enmarca en el pensamiento cristiano, donde el concepto de salud-enfermedad se basa en lo religioso, abarca hasta el final de la Edad Moderna. Otra es la etapa técnica del cuidado, donde se basa el saber médico en la enfermedad, siendo la persona encargada del cuidado un auxiliar del médico, se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del siglo XX.

La última etapa es la profesional del cuidado, en la que enfermería se consolida como disciplina y profesión encargada del cuidado de la salud de la población, comprende desde las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días (30).

Hildegard Peplou, a través de su Teoría de las relaciones interpersonales entiende al cuidado como asistir a la persona para que esté consciente y pueda solucionar sus problemas, a través de una interacción interpersonal, donde ambos se conciben como seres humanos, siendo centrales para el cuidado la comunicación humana, las actitudes profesionales y la información (31).

Leininger Madeleine entrega una perspectiva transcultural del cuidado, presentándolo como un fenómeno abstracto y concreto que depende de los comportamientos culturales que permiten asistir, sostener o satisfacer las necesidades del otro y así mejorar la condición humana o de enfrentar la muerte (32).

En 1860 fue cuando Florence Nightingale cambia el sentido de la enfermería desde una visión doméstica a un nivel profesional, manteniendo un estereotipo de género femenino que continúa hasta nuestros días (33). En Argentina, según datos del 2013 más del 70% del personal de Enfermería es mujer, con una tendencia gradual a la incorporación de hombres con nivel de formación más alto.

Por otro lado Jean Watson, no diferencia entre un cuidado genérico y uno profesional, lo entiende como un proceso recíproco entre la enfermera y la persona cuidada. Se basa en fuentes teóricas de otras enfermeras como Nightingale, Henderson y Leininger, introduciendo elementos de la teoría feminista, la filosofía y la física cuántica entregándonos un enfoque científico-humanista del cuidado (29)

El cuidado humanizado, según la Teoría de Cuidados Transpersonales de Watson, consiste en entregar una atención de manera integral, valorando a la persona como un todo, considerando sus problemas físicos, emocionales, relacionales y espirituales, como así también todas sus necesidades tanto de él como las de su familia, basándose en el respeto y la comunicación.

Este tipo de cuidado implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento. Los cuidados otorgados deben asegurar a la persona que se está haciendo todo lo posible para preservar su vida, deben proporcionar confianza y al mismo tiempo compañía.

La Teoría de Jean Watson, brinda un enfoque humanístico del cuidado, basándolo en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la enfermera y la persona, que comprende un compromiso moral, experiencia, percepción y conexión (2). Watson habla sobre el binomio cuidar/sanar, donde es la persona enferma quien direcciona el proceso terapéutico, a través de la empatía, comprensión, deseo y la intencionalidad permitiendo un cuidado profesional que va más allá de lo técnico. Es una interacción entre enfermera-persona que vela por el mantenimiento de la dignidad humana (29).

Esta teórica define 10 factores de cuidado, que permite evaluar aspectos tanto de la persona como las competencias de enfermería. Estos factores demuestran la esencia de enfermería, pudiendo relacionar entre el cuidado y la planificación de aquellos. A continuación, se entrega un resumen de estos factores (34):

1. “Formación de un sistema de valores humanistas y altruista”, se refiere a una práctica amable, desinteresada y justa, dándole un sentido al acto de cuidar. Valores necesarios desde la formación a los estudiantes de enfermería.

2. "Instilación de la fe y esperanza", se hace necesario volver a etapas más ancestrales de enfermería, donde las creencias del ser humano sustentan su salud y su curación. Demuestra un sistema profundo de creencias tanto del que cuida como del ser que es cuidado.
3. "Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás". La relación entre la enfermera y la persona es fundamental para lograr impactos en su salud y recuperación, a través de una comunicación auténtica persona a persona.
4. "Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza". La enfermera debe ver al paciente como un ser humano que necesita ser comprendido, no un objeto que se debe manipular o tratar, logrando una relación de confianza mutua.
5. "Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos". El autoconocimiento y la aceptación permiten compartir sentimientos con el otro. La enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, debe comprender intelectual y sentimentalmente una situación.
6. "Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones" El cuidado de enfermería se basa en un método científico, siendo una herramienta de resolución de problemas, permitiendo una práctica científica del cuidado.
7. "Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal". El personal de enfermería se prepara para educar, tanto al paciente como a la familia, y así ayudar a su adaptación en el proceso de cuidado, donde la enfermera debe ser capaz también de recibir del otro.
8. "Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual" Brindar un espacio sanador en todos los niveles, reforzando la belleza, la integridad, la comodidad, la dignidad y la paz. El bienestar debe nacer desde el paciente y no por las rutinas hospitalarias. El confort del paciente es tan importante como explicarle la actividad a realizar, así también la satisfacción de sus necesidades espirituales.
9. "Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas" Satisfacer las necesidades básicas reforzando la integridad cuerpo, mente y espíritu, demostrando la esencia del cuidado humano.
10. "Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas" se debe respetar y comprender los misterios espirituales y existenciales de la vida y la muerte.

En base a esto en 1990, Jan Nyberg desarrolla durante su estudio doctoral, el Nyberg's Caring Assessment (NCA) conformada por 20 indicadores en formato Likert con puntuación de 1 a 5. Este instrumento mide los atributos del cuidado, a partir de la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano. Luego en 2012, fue traducida y validada por Poblete Troncoso en Chile (35).

Este instrumento nos enmarca en 6 dimensiones:

- **Relación enfermero-paciente:** A través de la comunicación tanto del paciente como con la familia, para conocer sus necesidades y su estado de salud. Siendo necesaria la sensibilidad, la apertura y el altruismo. Aquí se encuentran indicadores como: Tiene un profundo respeto por las necesidades del otro, no desiste de transmitir esperanza a otros y permanece sensitivo a las necesidades de otros.
- **Satisfacer las necesidades:** La esencia del cuidado enfermero es la satisfacción de las necesidades de manera holística e integrativo, ya que, abarca los diferentes estratos de éstas. Contiene indicadores como: Comunica a otros una actitud de ayuda y confianza, se permite tiempo para las oportunidades de cuidado, permanece comprometida con una relación continua y cree que otros tienen un potencial que puede lograrse.
- **Autocuidado del personal:** El cuidado profesional comprende acciones entre dos personas, el que cuida y el que es cuidado. El personal de enfermería tiene conocimientos científicos y habilidades técnicas que apuntan a mejorar la salud de personas, familias y comunidades. Watson, pone énfasis en el propio ser de la enfermera, como persona que siente, vive, enferma y padece. Aquí se encuentran indicadores como: expresa sentimientos positivos y negativos, y deja tiempo para necesidades personales y crecimiento.
- **Habilidades técnicas de la enfermera:** Es el proceso de enfermería donde la enfermera es la responsable de estas acciones. Abarca indicadores como: soluciona problemas creativamente, implementa bien habilidades y técnicas, y elige tácticas que logran las metas.
- **Aspectos éticos:** Se refiere a la filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y debe cuidarse para brindar cuidados de calidad en los diferentes ámbitos de la salud. Sus indicadores son: se centra en ayudar a crecer a otros, escucha cuidadosamente y está abierta a la retroalimentación, considera las relaciones antes que los reglamentos, basa las relaciones en lo que es mejor para las

personas involucradas, comprende plenamente lo que las situaciones significan para las personas, va más allá de lo superficial para conocer bien a la gente y concede plena consideración a los factores situacionales.

- Aspectos espirituales: Entender la espiritualidad como un proceso íntimo vital para la recuperación del paciente, entregándole fortaleza y motivación. El cuidado debe mantener un sentido de responsabilidad y de respeto. Su indicador es: Comprende que las fuerzas espirituales contribuyen al cuidado humano.

Este tipo de cuidado, según plantea Watson, entrega una mirada que considera a la enfermera como un ser holístico, donde factores externos e internos influyen en el cuidado que brinda. Siendo la comunicación y las habilidades sociales del profesional la base de la relación enfermero-paciente.

La comunicación es un proceso en el que el emisor y el receptor expresan mediante palabras, signos y códigos información, utilizando conductas verbales y no verbales. Para enfermería la comunicación, prioritaria para la práctica profesional, surge entre el profesional y la persona cuidada, siendo el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales como tecnológicos (36).

Mediante la comunicación es posible establecer una relación interpersonal, necesaria para un cuidado humanizado, y así brindar un cuidado de calidad. Establecer una buena relación terapéutica permite llevar a cabo el proceso de cuidar, y a través de esta interacción proporcionar la restauración de la salud del paciente, y no solo con palabras sino también con gestos y expresiones, facilitando una reacción positiva en el comportamiento del paciente para su propio beneficio.

Las habilidades de comunicación, como la empatía, la escucha activa y el respeto por la dignidad del individuo, son fundamentales para la práctica del personal de enfermería favoreciendo a la comunicación eficaz y una relación terapéutica apropiada.

En una unidad de cuidados críticos, donde el individuo muchas veces no puede expresarse se debilita la comunicación. No obstante, el personal de enfermería debe ser capaz de crear una relación interpersonal basada en la empatía, el respeto, un trato digno y estrategias comunicativas que le permitan favorecer la comunicación enfermero-paciente (36).

Esta relación terapéutica, debe ser capaz de satisfacer las necesidades del individuo. Watson, integra en su pirámide de necesidades humanas, la pirámide de

Maslow, dividida en: necesidades de orden inferior (biofísicas y psicofísicas), necesidades de orden superior (psicosociales) y necesidades de orden máximo (intrapersonales) o de autorrealización (37).

En éste último, plantea una dimensión espiritual, donde la meta de enfermería es lograr la armonía entre mente, cuerpo y espíritu llevando la autocuración, el autocontrol y el autoconocimiento a lo divino (38).

El objetivo fundamental según Watson, es la protección y preservación de las dimensiones humanas, como el respeto a la dignidad humana, la autonomía del enfermero y la comprensión de los sentimientos y emociones del que es cuidado.

## **Material y Método**

### **1. Tipo de estudio**

Esta investigación es de enfoque cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo y prospectivo. A través de un procedo lineal deductivo, se medirán las variables en un mismo momento para analizar lo que ocurre, sin alterar ninguna variable, determinando la situación de éstas en la población seleccionada generando una hipótesis que luego con los resultados se aprobara o rechazara.

Se seleccionó un estudio descriptivo, para conocer el cuidado humanizado del personal de enfermería en un servicio de alta carga laboral, y de acuerdo a los resultados establecer propuestas futuras para la implementación del cuidado humanizado y así contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con necesidad de atención de salud.

La recolección de datos se hará de manera anónima para mantener la confidencialidad del personal de enfermería, y para que por ningún motivo se sientan evaluados o criticados. Se informará sobre la investigación a realizar por medio de un consentimiento informado donde cada enfermero o enfermera será libre de participar o dejar de participar cuando lo desee. Este estudio no busca sanciones, ni que perjudique el cuidado diario del personal de enfermería.

### **2. Sitio y Contexto**

En esta investigación el sitio se enmarca en la ciudad de Rosario y el contexto abarca una unidad de terapia intensiva de un Hospital público provincial.

Es un hospital polivalente de alta complejidad y de autogestión, donde predominan las patologías cardiovasculares, orientado a la población de la zona norte y noroeste de la Región Rosario.

Cuenta con un Área Programática II de la Zona VIII del Ministerio de Salud de Santa Fe y es base de 9 Centros de Salud provinciales de la zona noroeste, 2 Centros de Salud municipales en el área de obstetricia; 6 Centros de Salud de la zona oeste y 39 Sistemas de Atención Médica para la Comunidad (SAMCO).

La Unidad de Terapia Intensiva cuenta con 20 camas útiles, de la cuales 2 se encuentran en box de aislamiento respiratorio con presión negativa y otras 6 en box de aislamiento de contacto.

En cuanto a las patologías más frecuentes, se observa a la septicemia como la más predominante, seguida por las insuficiencias respiratorias. Pero cabe destacar la gran diversidad de patologías presentes en este servicio, considerándose una sala general de cuidados intensivos.

La guía de convalidación (ver anexo I) permitió conocer el número de unidad de análisis disponibles, si las variables que se medirán se encuentran y posibles variables intervinientes a considerar. Se realizó al jefe de servicio, vía email, centrándose en las variables de estudio sexo, edad, nivel de formación, la antigüedad en el servicio del personal de enfermería, si poseen doble empleo, así como también criterios de exclusión/inclusión (ver anexo III).

### **3. Población y Muestra**

En esta investigación la población estará compuesta por 64 enfermeros aproximadamente, de una unidad de terapia intensiva de un hospital público provincial, dato obtenido de la planilla horaria.

Considerando que es un estudio de tipo cuantitativo, además de la evaluación del sitio y contexto a través de la guía de convalidación de sitio, se trabajará con la población total, ya que, es accesible.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión, las unidades de análisis estarán compuestas por cada uno de los integrantes del personal de enfermería que realiza tareas asistenciales referidas al cuidado directo al paciente y que poseen más de un año de antigüedad en el servicio.

Este estudio se realizará en una terapia intensiva de un hospital público de la ciudad de Rosario, por lo que los datos no podrán generalizarse a todos los servicios del hospital ni a todos los servicios de terapia intensiva del país. Tampoco abarca instituciones privadas de salud.

### **4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

#### Variable 1: Nivel de aplicación de Cuidado Humanizado

Definición conceptual: Variable cualitativa, compleja y dependiente. El cuidado humanizado consiste en entregar una atención de manera integral, valorando a la persona como un todo, considerando sus problemas físicos, emocionales, relacionales y

espirituales, como así también todas sus necesidades tanto de él como las de su familia, basándose en el respeto y la comunicación.

Watson en su teoría nos da un enfoque humanístico del cuidado, basándolo en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la enfermera y la persona.

Basado en la Teoría de Jean Watson se crea en 1990 por Jan Nyberg la escala de cuidado humanizado NCA (Nyberg's Caring Assessment) la que cuenta con 20 indicadores, agrupados en 6 dimensiones:

- Dimensión 1: Relación Enfermero-Paciente

Indicadores:

- Tiene un profundo respeto por las necesidades del otro
- No desiste de transmitir esperanza a otros
- Permanece sensitivo a las necesidades de otros.

- Dimensión 2: Satisfacer las necesidades

Indicadores:

- Comunica a otros una actitud de ayuda y confianza
- Se permite tiempo para las oportunidades de cuidado
- Permanece comprometida con una relación continua
- Cree que otros tiene un potencial que puede lograrse.

- Dimensión 3: Autocuidado del personal

Indicadores:

- Expresa sentimientos positivos y negativos.
- Deja tiempo para necesidades personales y crecimiento.

- Dimensión 4: Habilidades técnicas de la enfermera

Indicadores:

- Soluciona problemas creativamente
- Implementa bien habilidades y técnicas
- Elige tácticas que logran las metas.

- Dimensión 5: Aspectos Éticos

Indicadores:

- Se centra en ayudar a crecer a otros.
- Escucha cuidadosamente y está abierta a la retroalimentación

- Considera las relaciones antes que los reglamentos.
- Basa las relaciones en lo que es mejor para las personas involucradas.
- Comprende plenamente lo que las situaciones significan para las personas.
- Va más allá de lo superficial, para conocer bien a la gente.
- Concede plena consideración a los factores situacionales.

- Dimensión 6: Aspectos espirituales

Indicadores:

- Comprende que las fuerzas espirituales contribuyen al cuidado humano.

Variable 2: Carga Laboral

Definición conceptual: Variable cualitativa, compleja e independiente. Es la relación que existe entre la demanda de tareas y la capacidad de la persona para cumplirlas. Para medir la carga laboral de enfermería en las unidades de cuidados intensivos se crea en 2003 la escala NAS (nursing activities score), la que cuenta con siete dimensiones: actividades básicas, soporte respiratorio, soporte cardiovascular, soporte neurológico, soporte metabólico, soporte renal e intervenciones específicas.

- Dimensión 1: Actividades básicas

Indicadores:

- Monitorización y valoración:

A. Signos vitales horarios. Registro y cálculo de balance de fluidos.

B. Estar presente a pie de cama y observación continua o activa de 2h o más durante el turno, por razones de seguridad, gravedad o terapia como ventilación mecánica no invasiva, procedimientos de destete, inquietud, desorientación mental, posición de decúbito prono, procedimientos de donación, preparación y administración de fluidos o medicación, ayuda en procedimientos específicos.

C. Estar presente a pie de cama y observación activa de 4h o más durante el turno, por razones de seguridad, gravedad o terapia, tal y como los ejemplos de B.

- Realización de procedimientos de laboratorio, bioquímica y microbiología, excluidos los rutinarios.

- Administración de medicación, excluidos fármacos vasoactivos.

- Procedimientos de higiene:

A. Realización de procedimientos higiénicos tales como cura de heridas y catéteres intravasculares, aseo del paciente, cambio de sábanas, incontinencia, vómitos, quemaduras, heridas, cura quirúrgica compleja con irrigación y procedimientos

especiales (p. ej. medidas de aislamiento, medidas relacionadas con la infección cruzada, limpieza de la habitación, higiene del personal).

- B. Realización de estos procedimientos de higiene durante más de 2h en el turno.
- C. Realización de estos procedimientos de higiene durante más de 4h en el turno.
- Cuidados de drenajes (todos exceptuando la sonda gástrica).
- Movilización y cambios posicionales: Incluidos procedimientos como: movilización del paciente en la cama, movilización de la cama a la silla, uso de grúa elevadora o levantamiento del paciente en equipo (p. ej. inmovilización del paciente, tracciones, posición de prono)
- A. Realización de procedimientos hasta una vez en el turno.
- B. Realización de procedimientos más de una vez en el turno o con 2 enfermeras, con cualquier frecuencia.
- C. Realización de procedimientos con 3 o más enfermeras, con cualquier frecuencia.
- Apoyo y cuidados de familiares y pacientes: Incluidos procedimientos tales como llamadas telefónicas, entrevistas, asesoramiento u orientación. A veces, el apoyo y cuidado de familiares o pacientes permiten al personal continuar con otras actividades de enfermería (p.ej. comunicación con los pacientes durante procedimientos de higiene, comunicación con familiares mientras se está a pie de cama y observando al paciente).
- A. Apoyo y cuidados de familiares o pacientes que requieren completa dedicación durante al menos 1h en el turno, tales como explicar la situación clínica, intentar solucionar problemas de dolor o angustia, circunstancias familiares difíciles.
- B. Apoyo y cuidados de familiares o pacientes que requieren completa dedicación durante 3h o más en el turno, tales como la muerte, circunstancias demandantes (p. ej. gran número de familiares, problemas idiomáticos, familiares hostiles).
- Tareas administrativas y de organización.
- A. Tareas rutinarias tales como procesamiento de datos clínicos, solicitud de pruebas, intercambio profesional de información (p. ej. contar el parte, mesas redondas, sesiones clínicas, visita clínica).
- B. Tareas administrativas rutinarias y de organización que requieren dedicación plena durante 2h en el turno, tales como actividades de investigación, actualización de protocolos, tramitación de ingresos y altas de pacientes.

C. Tareas administrativas rutinarias y de organización que requieren dedicación plena durante 4h o más en el turno, tales como procedimientos relacionados con la muerte o donación de órganos y coordinación con otras disciplinas.

- Dimensión 2: Soporte ventilatorio.

Indicadores:

- Soporte respiratorio: cualquier forma de ventilación mecánica, ventilación asistida con o sin PEEP, con o sin relajantes musculares, respiración espontánea con o sin PEEP, con o sin tubo endotraqueal. Oxígeno suplementario son cualquier método.
- Cuidados de la vía aérea artificial: Tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía.
- Tratamiento para mejorar la función pulmonar: fisioterapia respiratoria, espirometría incentivada, terapia inhalatoria, aspiración endotraqueal.

- Dimensión 3: Soporte cardiovascular.

Indicadores:

- Medicación vasoactiva. Independientemente del tipo y la dosis.
- Reposición intravenosa de altas dosis de fluidos. Administración de 3l/m<sup>2</sup>/d ( $\approx$ 2l/turno), sin tener en cuenta el tipo de fluidos administrados.
- Monitorización de la aurícula izquierda: catéter de arteria pulmonar con o sin mediciones de gasto cardíaco.
- Resucitación cardiopulmonar tras parada, en las últimas 24h (solo puñopercusión precordial no incluido).

- Dimensión 4: Soporte renal

Indicadores:

- Técnicas de hemofiltración, técnicas de diálisis.
- Mediciones cuantitativas de orina (p. ej. a través de sonda vesical).

- Dimensión 5: Soporte neurológico

Indicadores:

- Medición de la presión intracraneal.

- Dimensión 6: Soporte metabólico:

Indicadores:

- Tratamiento de complicaciones metabólicas, solo acidosis/alcalosis.
- Nutrición parenteral, >1,5kcal/kg/h en el turno.

— Alimentación enteral a través de sonda digestiva u otra vía gastrointestinal (p. ej. yeyunostomía).

- Dimensión 7: Intervenciones específicas.

Indicadores:

— Intervenciones específicas en la unidad de cuidados intensivos: intubación endotraqueal, inserción de marcapasos, cardioversión, endoscopias, cirugía de urgencia en el turno, lavado gástrico. No están incluidas intervenciones rutinarias sin consecuencias directas para la situación clínica del paciente, tales como: radiografías, ecografía, electrocardiografía, curas o inserción de catéteres arteriales o venosos.

— Intervenciones específicas fuera de la unidad de cuidados intensivos: cirugía o procedimientos diagnósticos.

La Escala NCA (Nyberg's Caring Assessment) es un instrumento que mide el nivel de aplicación de cuidado humanizado según la teoría de Jean Watson, conformado por 6 dimensiones y 20 indicadores. Cuenta con cinco opciones para cada indicador (nunca, ocasionalmente, a veces, a menudo y siempre). Fue validado por Jan Nyberg en 1990, luego fue actualizada y adaptada al castellano en 2012 por Margarita del Carmen Troncoso en Chile. En este estudio se adaptará a una lista de cotejo donde cada indicador tendrá como respuesta SI o NO, dependiendo de la existencia o ausencia del mismo.

- Dimensión 1: Relación Enfermero-Paciente

Indicadores:

— Tiene un profundo respeto por las necesidades del otro

— No desiste de transmitir esperanza a otros

— Permanece sensitivo a las necesidades de otros.

- Dimensión 2: Satisfacer las necesidades

Indicadores:

— Comunica a otros una actitud de ayuda y confianza

— Se permite tiempo para las oportunidades de cuidado

— Permanece comprometida con una relación continua

— Cree que otros tienen un potencial que puede lograrse.

- Dimensión 3: Autocuidado del personal

Indicadores:

- Expresa sentimientos positivos y negativos.
- Deja tiempo para necesidades personales y crecimiento.
- Dimensión 4: Habilidades técnicas de la enfermera

Indicadores:

- Soluciona problemas creativamente
- Implementa bien habilidades y técnicas
- Elige tácticas que logran las metas.
- Dimensión 5: Aspectos Éticos

Indicadores:

- Se centra en ayudar a crecer a otros.
- Escucha cuidadosamente y está abierta a la retroalimentación
- Considera las relaciones antes que los reglamentos.
- Basa las relaciones en lo que es mejor para las personas involucradas.
- Comprende plenamente lo que las situaciones significan para las personas.
- Va más allá de lo superficial, para conocer bien a la gente.
- Concede plena consideración a los factores situacionales.
- Dimensión 6: Aspectos espirituales

Indicadores:

- Comprende que las fuerzas espirituales contribuyen al cuidado humano.

La Escala NAS (Nurse Activities Score) permite conocer la carga asistencial del personal de enfermería en un servicio de cuidados críticos, asignando porcentaje de tiempo dedicado al cuidado del paciente de manera autónoma. Fue diseñada para valorar las actividades diarias de los enfermeros, calculando el tiempo invertido en los cuidados sin considerar la gravedad del paciente. Fue validada en 2003 por el Dr. Miranda y un equipo de 25 profesionales (15 médicos y 10 enfermeras), luego se publicó en 2018 la adaptación transcultural al castellano en Chile.

La puntuación obtenida representa el porcentaje de tiempo que un enfermero dedica al cuidado directo al paciente durante 24 hrs. de internación, la suma de los 23 indicadores oscila entre 0 y 177%.

- Dimensión 1: Actividades básicas

Indicadores:

- Monitorización y valoración:
- D. Signos vitales horarios. Registro y cálculo de balance de fluidos.
- E. Estar presente a pie de cama y observación continua o activa de 2h o más durante el turno, por razones de seguridad, gravedad o terapia como ventilación mecánica no invasiva, procedimientos de destete, inquietud, desorientación mental, posición de decúbito prono, procedimientos de donación, preparación y administración de fluidos o medicación, ayuda en procedimientos específicos.
- F. Estar presente a pie de cama y observación activa de 4h o más durante el turno, por razones de seguridad, gravedad o terapia, tal y como los ejemplos de B.
- Realización de procedimientos de laboratorio, bioquímica y microbiología, excluidos los rutinarios.
- Administración de medicación, excluidos fármacos vasoactivos.
- Procedimientos de higiene:
- D. Realización de procedimientos higiénicos tales como cura de heridas y catéteres intravasculares, aseo del paciente, cambio de sábanas, incontinencia, vómitos, quemaduras, heridas, cura quirúrgica compleja con irrigación y procedimientos especiales (p. ej. medidas de aislamiento, medidas relacionadas con la infección cruzada, limpieza de la habitación, higiene del personal).
- E. Realización de estos procedimientos de higiene durante más de 2h en el turno.
- F. Realización de estos procedimientos de higiene durante más de 4h en el turno.
- Cuidados de drenajes (todos exceptuando la sonda gástrica).
- Movilización y cambios posicionales: Incluidos procedimientos como: movilización del paciente en la cama, movilización de la cama a la silla, uso de grúa elevadora o levantamiento del paciente en equipo (p. ej. inmovilización del paciente, tracciones, posición de prono)
- D. Realización de procedimientos hasta una vez en el turno.
- E. Realización de procedimientos más de una vez en el turno o con 2 enfermeras, con cualquier frecuencia.
- F. Realización de procedimientos con 3 o más enfermeras, con cualquier frecuencia.
- Apoyo y cuidados de familiares y pacientes: Incluidos procedimientos tales como llamadas telefónicas, entrevistas, asesoramiento u orientación. A veces, el apoyo y cuidado de familiares o pacientes permiten al personal continuar con otras actividades de enfermería (p.ej. comunicación con los pacientes durante

procedimientos de higiene, comunicación con familiares mientras se está a pie de cama y observando al paciente).

- C. Apoyo y cuidados de familiares o pacientes que requieren completa dedicación durante al menos 1h en el turno, tales como explicar la situación clínica, intentar solucionar problemas de dolor o angustia, circunstancias familiares difíciles.
- D. Apoyo y cuidados de familiares o pacientes que requieren completa dedicación durante 3h o más en el turno, tales como la muerte, circunstancias demandantes (p. ej. gran número de familiares, problemas idiomáticos, familiares hostiles).
- Tareas administrativas y de organización.
- D. Tareas rutinarias tales como procesamiento de datos clínicos, solicitud de pruebas, intercambio profesional de información (p. ej. contar el parte, mesas redondas, sesiones clínicas, visita clínica).
- E. Tareas administrativas rutinarias y de organización que requieren dedicación plena durante 2h en el turno, tales como actividades de investigación, actualización de protocolos, tramitación de ingresos y altas de pacientes.
- F. Tareas administrativas rutinarias y de organización que requieren dedicación plena durante 4h o más en el turno, tales como procedimientos relacionados con la muerte o donación de órganos y coordinación con otras disciplinas.
- Dimensión 2: Soporte ventilatorio.

Indicadores:

- Soporte respiratorio: cualquier forma de ventilación mecánica, ventilación asistida con o sin PEEP, con o sin relajantes musculares, respiración espontánea con o sin PEEP, con o sin tubo endotraqueal. Oxígeno suplementario son cualquier método.
- Cuidados de la vía aérea artificial: Tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía.
- Tratamiento para mejorar la función pulmonar: fisioterapia respiratoria, espirometría incentivada, terapia inhalatoria, aspiración endotraqueal.

- Dimensión 3: Soporte cardiovascular.

Indicadores:

- Medicación vasoactiva. Independientemente del tipo y la dosis.
- Reposición intravenosa de altas dosis de fluidos. Administración de 3l/m<sup>2</sup>/d (≈2l/turno), sin tener en cuenta el tipo de fluidos administrados.
- Monitorización de la aurícula izquierda: catéter de arteria pulmonar con o sin mediciones de gasto cardíaco.

- Resucitación cardiopulmonar tras parada, en las últimas 24h (solo puñopercusión precordial no incluido).
- Dimensión 4: Soporte renal  
Indicadores:
  - Técnicas de hemofiltración, técnicas de diálisis.
  - Mediciones cuantitativas de orina (p. ej. a través de sonda vesical).
- Dimensión 5: Soporte neurológico  
Indicadores:
  - Medición de la presión intracraneal.
- Dimensión 6: Soporte metabólico:  
Indicadores:
  - Tratamiento de complicaciones metabólicas, solo acidosis/alcalosis.
  - Nutrición parenteral, >1,5kcal/kg/h en el turno.
  - Alimentación enteral a través de sonda digestiva u otra vía gastrointestinal (p. ej. yeyunostomía).
- Dimensión 7: Intervenciones específicas.  
Indicadores:
  - Intervenciones específicas en la unidad de cuidados intensivos: intubación endotraqueal, inserción de marcapasos, cardioversión, endoscopias, cirugía de urgencia en el turno, lavado gástrico. No están incluidas intervenciones rutinarias sin consecuencias directas para la situación clínica del paciente, tales como: radiografías, ecografía, electrocardiografía, curas o inserción de catéteres arteriales o venosos.
  - Intervenciones específicas fuera de la unidad de cuidados intensivos: cirugía o procedimientos diagnósticos.

La escala NCA es la lista de cotejo seleccionada para medir el nivel de aplicación de Cuidado Humanizado por el personal de enfermería, mediante la técnica de observación (ver anexo II). Si bien es un instrumento objetivo y estructurado, el observar puede influir en los participantes, es por esto que la observación se realizará antes del consentimiento informado, y si el sujeto se niegue a participar se descartarán los datos obtenidos de la lista de cotejo.

El instrumento NAS es el cuestionario que responderán los participantes para medir la Carga Laboral de enfermería, través de la técnica de encuesta (ver anexo II).

Éste tendrá una pequeña introducción, un breve instructivo y se agregarán preguntas cerradas para medir las variables independientes. Es económico, práctico y entrega resultados rápidos, pero debemos tener en cuenta ciertas desventajas que podría presentar, como por ejemplo diferencias en la comprensión e interpretación de los indicadores, falta de sinceridad de los participantes, y falta de interés a la hora de responder.

Se solicitará autorización de la institución y al jefe de servicio para realizar la recolección de datos.

Se entregarán los instrumentos a los participantes para ser contestados durante la jornada laboral, en un momento de tranquilidad. No se pretenderá estimar un horario, ya que, el servicio cuenta con muchas actividades no previstas por el personal. La recolección de datos se realizará en no más de tres meses, para evitar inestabilidad en el ambiente de estudio. Se informará a cada participante los objetivos del estudio, beneficios y riesgos mediante un consentimiento informado, enfatizando que participar es totalmente voluntario y pueden dejar de hacerlo en el momento que deseen (ver anexo II).

## **5. Personal a cargo de la recolección de datos**

Para la recolección de datos se necesitará la ayuda de un colaborador, para esto se realizará una capacitación que consta de los objetivos del estudio, el protocolo y los instrumentos que se utilizarán para medir las variables, y así lograr unificar criterios, de esta manera recoger los datos de la misma manera y evitar la falta de objetividad.

La capacitación se realizará en una semana abordando los siguientes temas:

- Cuidado Humanizado según Jean Watson
- Utilización de la escala NCA ( Nyberg´s Caring Assessment)
- Carga laboral para el personal de enfermería
- Utilización de la escala NAS (Nursing Activities Score)
- Principios bioéticos y cuidados éticos para la recolección de datos.

## **6. Plan de Análisis**

Este estudio utilizará un análisis cuantitativo de los datos, y como técnica estadística la descriptiva, para exponer de forma breve los datos recolectados. El tipo de análisis a utilizar en esta investigación será multivariado, ya que, se relaciona el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería y las variables independientes que influyen como la carga laboral, nivel de preparación, edad, sexo, situación de doble empleo y antigüedad en el servicio.

Se utilizarán los siguientes niveles de medición de variables:

- Nivel de aplicación de Cuidado Humanizado: Nivel de medición ordinal
- Carga Laboral: Nivel de medición nominal
- Edad: Nivel de medición de razón
- Sexo: Nivel de medición nominal
- Antigüedad en el servicio: Nivel de medición de razón
- Situación de doble empleo: Nivel de medición nominal
- Nivel de formación: Nivel de medición nominal

La reconstrucción de la variable compleja Nivel de aplicación de Cuidado Humanizado se realizará por medio de la agrupación de cada indicador en SI y en NO. Luego se agrupará en bajo, regular y alto el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería.

La reconstrucción de la variable compleja Carga Laboral se obtendrá designando a cada indicador un porcentaje del tiempo que el personal de enfermería utiliza en el cuidado directo al paciente. Cada punto representa 14,4 minutos, y la suma de los 23 indicadores oscilara entre el 0 y 177%, donde si supera el 100% supondría que ese paciente necesita a más de una enfermera.

La reconstrucción de la variable simple Situación de doble empleo, se obtendrá agrupando a los que SI poseen doble empleo y a los que NO poseen.

La reconstrucción de la variable simple Sexo, se realizará agrupando al personal de enfermería en Femenino y Masculino.

La reconstrucción de la variable simple Nivel de formación se llevará a cabo mediante el agrupamiento de los distintos niveles existente en el personal de enfermería, que son: (1) Auxiliar de Enfermería, (2) Enfermeros y (3) Licenciados en Enfermería.

La reconstrucción de la variable simple Antigüedad en el servicio se realizará agrupando al personal de enfermería en cuatro grupos: los que poseen de 1 a 5 años (1), más de 5 hasta 10 años (2), más de 10 a 20 años (3) y los que poseen más de 20 años de antigüedad en el servicio (4).

La reconstrucción de la variable simple Edad se obtendrá agrupando la edad del personal de enfermería en cinco grupos etarios, menores de 30 años (1), 31 a 40 años (2), 41 a 50 años (3), 51 a 60 años (4) y mayores de 60 años (5).

Luego se transferirán los datos a un programa Excel, para ser analizados. Se calculará la frecuencia, promedio y porcentajes resultante de los datos obtenidos. Posteriormente se presentarán en gráficos de barras adosadas comparando cada variable independiente con la variable Cuidado Humanizado.

## **7. Plan de Trabajo**

Las actividades se realizarán desde la revisión bibliografía en agosto, 2020 hasta la presentación del informe final en mayo, 2021. Se dividirá en tres etapas:

- Primera etapa: comenzará con la revisión bibliográfica y el estado del arte. Así plantear el propósito, hipótesis y objetivos del estudio. Utilizando principalmente el recurso humano por parte del investigador.
- Segunda etapa: Luego se procederá a la elección del material y métodos para llevar a cabo el estudio, mediante la validez interna y externa, considerando amenazas y controles. Se realizará la guía de convalidación de sitio para la validez del sitio y contexto, y la prueba piloto para la validez del instrumento seleccionado. Se utilizarán recurso humano, investigador y colaborador, y materiales como fotocopias e impresiones.  
Se analizarán los resultados obtenidos para considerar posibles cambios, hallazgo de variables intervinientes y la presencia de las variables en estudio.
- Tercera etapa: Corresponderá a la investigación en sí, la recolección de datos para la misma, el análisis de los resultados y la interpretación de los mismos. Empleando la mayor cantidad de recursos en esta etapa, tanto humana como material. Para luego concluir el informe final y presentación de la investigación.

ACTIVIDADES	MES (2020/2021)										
	A G O S T O	S E P T I E M B R E	O C T U B R E	N O V I E M B R E	D I C I E M B R E	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	
<b>Primera etapa</b>											
Revisión Bibliografía y planteamiento del problema.	X										
Objetivo general y específicos. Hipótesis	X										
Marco Teórico		X									
<b>Segunda etapa</b>											
Material y métodos			X								
Guía de convalidación de sitio y prueba piloto			X								
Análisis de los resultados del estudio exploratorio y prueba piloto. Posibles cambios.				X	X						
<b>Tercera etapa</b>											
Recolección de datos a la población de estudio						X	X	X			
Análisis de resultados									X		
Presentación de los resultados ( gráficos)									X		
Interpretación y conclusiones.									X		
Entrega Informa final de la investigación										X	

Presupuesto:

- Recurso humano:
  - Investigadora: Pía Vivanco
  - Colaboradora: Paola Kokotovich
- Recuso Material:

MATERIAL	COSTO
Impresiones	\$500
Fotocopias	\$750
Anillado	\$500
Engrapadora y grapas	\$400
Pasajes	\$1000
<b>TOTAL</b>	<b>\$3150</b>

# ANEXO I

## **Guía de Convalidación de Sitio**

Usted a continuación responderá una guía que busca aspectos importantes para la recolección de datos de una investigación, que tiene como objetivo analizar la influencia que existe de la carga laboral del personal de enfermería, la edad, el sexo, la situación de doble empleo, el nivel de formación y los años de antigüedad en el servicio relacionado a la aplicación de Cuidado Humanizado en una unidad de terapia intensiva de un hospital público de la ciudad de Rosario.

Nombre:

Nombre de la institución:

Servicio:

Cargo:

1. ¿La institución permite la recolección de datos para la investigación?
2. ¿La institución autoriza a que se publiquen los resultados de la investigación?
3. ¿Cuántos enfermeros integran el equipo?
4. ¿Cuántos enfermeros hay por turno?
5. ¿Cuál es el nivel de formación del personal de enfermería?
6. ¿Qué edad tienen?
7. ¿Cuántos hay de cada sexo?
8. ¿Cuál es la antigüedad de cada uno de ellos?
9. ¿Poseen más empleos?
10. ¿Cuántas camas útiles existen?
11. ¿Existe criterio para la asignación de pacientes por enfermero?
12. ¿Tienen un turno fijo o rotativo?
13. ¿Realizan doble turnos en el servicio?
14. ¿Hay personal de enfermería con tareas livianas o sin atención directa con el paciente?
15. ¿Utilizan alguna estrategia para brindar un cuidado humanizado en el servicio?

# ANEXO II

## **Consentimiento Informado**

Título del estudio: Carga Laboral y Cuidado Humanizado en una unidad de cuidados intensivos provincial de la ciudad de Rosario.

Investigador: Pía Vivanco

Colaborador: Paola Kokotovich

Lugar: Hospital Provincial del Centenario

Por favor pregunte al investigador o al colaborador cualquier palabra o información que usted no entienda claramente, éste le explicará cualquier duda que usted tenga.

Se le ha invitado a participar de una investigación que tiene como objetivo analizar la influencia que existe de la carga laboral del personal de enfermería, la edad, el sexo, la situación de doble empleo, el nivel de formación y los años de antigüedad en el servicio relacionado a la aplicación de Cuidado Humanizado en una unidad de terapia intensiva de un hospital público de la ciudad de Rosario durante el primer trimestre de 2021. Es necesario que lea atentamente este consentimiento informando, pudiendo realizar todas las preguntas que usted tenga y así asegurarse que entienda el procedimiento del estudio, sus riesgos y sus beneficios.

Participantes del estudio: Participar de la realización de esta investigación es completamente voluntaria y anónima. Usted es libre de participar o abandonar el estudio cuando así lo desee.

Usted ha sido observado para medir el nivel de aplicación de cuidado humanizado y a continuación contestará una encuesta que mide la carga laboral en pacientes críticos si así lo desea, de lo contrario se procede a la eliminación del instrumento de observación.

Procedimiento: Se les solicitará a los participantes responder un cuestionario, relacionado con la carga laboral de enfermería de los pacientes que tiene a cargo. Así mismo el investigador o colaborador previamente realizará una observación para aplicar una lista de cotejo sobre cuidado humanizado.

Riesgos: Existe la posibilidad que durante el estudio se genere en los participantes la percepción de estar siendo evaluados, criticados o vulnerados en su privacidad, ya que, durante el mismo se medirá la aplicación de su cuidado humanizado. Sin embargo, cabe destacar que durante este estudio no se busca sancionar ni juzgar el cuidado diario

desempeñado por enfermería; por lo que los datos recolectados se mantendrán en absoluta confidencialidad bajo todas las circunstancias.

**Beneficios:** En este estudio usted no obtendrá ningún beneficio económico. Su participación contribuirá en la realización de un estudio donde se analizará cómo la carga laboral influye en el cuidado humanizado brindado, y de esta manera en un futuro lograr diseñar protocolos para fortalecer y mejorar la calidad de atención.

**Confidencialidad:** La información que usted proporcione en esta investigación no será divulgada ni proporcionada a ninguna persona diferente bajo ninguna circunstancia. El cuestionario será totalmente anónimo, de esta manera, el equipo docente y quien lea el protocolo de investigación desconocerán la identidad del participante.

**Derechos:** Usted puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin embargo, los datos recabados hasta ese momento podrán utilizarse, a menos que usted exprese lo contrario. Usted deberá informar al investigador o al colaborador si desea que sus respuestas sean eliminadas, procediéndose a la destrucción de las mismas.

No firme este consentimiento si tiene dudas, no entiende o no ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias.

Si usted firma está accediendo a participar de esta investigación, recibiendo una copia firmada por el investigador o la colaboradora.

Fecha:    /    /

---

Firma y aclaración del participante

---

Firma y aclaración del investigador  
Colaborador

## **Instrumento N°1**

Este estudio tiene como objetivo analizar la influencia que existe de la carga laboral del personal de enfermería, la edad, el sexo, la situación de doble empleo, el nivel de formación y los años de antigüedad en el servicio relacionado a la aplicación de Cuidado Humanizado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital público de la ciudad de Rosario.

A continuación, responda o marque con una X según corresponda.

1. Edad: \_\_\_
2. Sexo: \_\_\_ F  
          \_\_\_ M
3. Nivel de formación: \_\_\_ Auxiliar de enfermería  
                              \_\_\_ Técnico en enfermería  
                              \_\_\_ Licenciado en enfermería
4. Antigüedad en el servicio: \_\_\_\_
5. ¿Posee doble empleo? \_\_\_ Si  
                                      \_\_\_ No

Lea cuidadosamente el cuestionario NAS (hoja 2 y 3), que corresponde a la medición de la carga de trabajo que usted tendrá, antes de contestar.

El NAS (Nursing Activities Score) es una escala que consta de 7 dimensiones y 23 ítems (indicadores). Permite cuantificar la carga laboral de las actividades enfermería en pacientes críticos.

Una vez leído marque con una X las actividades que debe realizar en el paciente al cual prestará cuidados en este momento. Aquellas preguntas (1, 4, 6, 7 y 8) que tengan más de una respuesta (a, b, c) deberá marcar sólo una de las opciones.

<b>NAS (Nursing Activities Score)</b>	
<b>Actividades básicas</b>	
1. Monitorización y valoración.	
1a. Signos vitales horarios. Registro y cálculo de balance de fluidos	
1b. Estar presente a pie de cama y observación continua o activa de 2h o más durante el turno, por razones de seguridad, gravedad o terapia como ventilación mecánica no invasiva, procedimientos de destete, inquietud, desorientación mental, posición de decúbito prono, procedimientos de donación, preparación y administración de fluidos o medicación, ayuda en procedimientos específicos	
1c. Estar presente a pie de cama y observación activa de 4h o más durante el turno, por razones de seguridad, gravedad o terapia tal y como los ejemplos de 1b	
2. Realización de procedimientos de laboratorio, bioquímica y microbiología, excluidos los rutinarios.	
3. Administración de medicación, excluidos fármacos vasoactivos.	
4. Procedimientos de higiene.	
4a. Realización de procedimientos higiénicos tales como cura de heridas y catéteres intravasculares, aseo del paciente, cambio de sábanas, incontinencia, vómitos, quemaduras, heridas, cura quirúrgica compleja con irrigación y procedimientos especiales (p. ej. medidas de aislamiento, medidas relacionadas con la infección cruzada, limpieza de la habitación, higiene del personal).	
4b. Realización de estos procedimientos de higiene durante más de 2h en el turno.	
4c. Realización de estos procedimientos de higiene durante más de 4h en el turno	
5. Cuidados de drenajes (todos exceptuando la sonda gástrica).	
6. Movilización y cambios posicionales. Incluidos procedimientos como: movilización del paciente en la cama, movilización de la cama a la silla, uso de grúa elevadora o levantamiento del paciente en equipo (p. ej. inmovilización del paciente, tracciones, posición de prono).	
6a. Realización de procedimientos hasta una vez en el turno.	
6b. Realización de procedimientos más de una vez en el turno o con 2 enfermeras, con cualquier frecuencia.	
6c. Realización de procedimientos con 3 o más enfermeras, con cualquier frecuencia.	
7. Apoyo y cuidados de familiares y pacientes. Incluidos procedimientos tales como llamadas telefónicas, entrevistas, asesoramiento u orientación. A veces, el apoyo y cuidado de familiares o pacientes permiten al personal continuar con otras actividades de enfermería (p. ej. comunicación con los pacientes durante procedimientos de higiene, comunicación con familiares mientras se está a pie de cama y observando al paciente).	
7a. Apoyo y cuidados de familiares o pacientes que requieren completa dedicación durante al menos 1h en el turno, tales como explicar la situación clínica, intentar solucionar problemas de dolor o angustia, circunstancias familiares difíciles	
7b. Apoyo y cuidados de familiares o pacientes que requieren completa dedicación durante 3h o más en el turno, tales como la muerte, circunstancias demandantes (p. ej. gran número de familiares, problema idiomáticos, familiares hostiles).	
8. Tareas administrativas y de organización.	
8a. Tareas rutinarias tales como procesamiento de datos clínicos, solicitud de pruebas, intercambio profesional de información (p. ej. contar el parte, mesas redondas, sesiones clínicas, visita clínica).	
8b. Tareas administrativas rutinarias y de organización que requieren dedicación plena durante 2h en el turno, tales como actividades de investigación, actualización de protocolos, tramitación de ingresos y altas de pacientes.	
8c. Tareas administrativas rutinarias y de organización que requieren dedicación plena durante 4h o más en el turno, tales como procedimientos relacionados con la muerte o donación de órganos y coordinación con otras disciplinas.	
<b>Soporte ventilatorio</b>	
9. Soporte respiratorio. Cualquier forma de ventilación mecánica, ventilación asistida con o sin PEEP, con o sin relajantes musculares. Respiración espontánea con o sin PEEP, con o sin tubo endotraqueal. Oxígeno suplementario con cualquier método.	
10. Cuidados de la vía aérea artificial: Tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía.	

11. Tratamiento para mejorar la función pulmonar. Fisioterapia respiratoria, espirometría incentivada, terapia inhalatoria, aspiración endotraqueal.	
<b>Soporte cardiovascular</b>	
12. Medicación vasoactiva. Independientemente del tipo y la dosis.	
13. Reposición intravenosa de altas dosis de fluidos. Administración de 2l/turno, sin tener en cuenta el tipo de fluidos administrados.	
14. Monitorización de la aurícula izquierda: catéter de arteria pulmonar con o sin mediciones de gasto cardíaco.	
15. Resucitación cardiopulmonar tras parada, en las últimas 24h (solo puñopercusión precordial no incluido).	
<b>Soporte renal</b>	
16. Técnicas de hemofiltración, técnicas de diálisis.	
17. Mediciones cuantitativas de orina (p. ej. a través de sonda vesical).	
<b>Soporte neurológico</b>	
18. Medición de la presión intracraneal.	
<b>Soporte metabólico</b>	
19. Tratamiento de complicaciones metabólicas, solo acidosis/alcalosis.	
20. Nutrición parenteral, >1,5kcal/kg/h en el turno.	
21. Alimentación enteral a través de sonda digestiva u otra vía gastrointestinal (p. ej. yeyunostomía).	
<b>Intervenciones específicas</b>	
22. Intervenciones específicas en la unidad de cuidados intensivos. Intubación endotraqueal, inserción de marcapasos, cardioversión, endoscopias, cirugía de urgencia en el turno, lavado gástrico. No están incluidas intervenciones rutinarias sin consecuencias directas para la situación clínica del paciente, tales como: radiografías, ecografía, electrocardiografía, curas o inserción de catéteres arteriales o venosos	
23. Intervenciones específicas fuera de la unidad de cuidados intensivos. Cirugía o procedimientos diagnósticos.	

## **Instrumento N°2**

A continuación, marque con una X la opción que considere pertinente al observar el cuidado que brinda el enfermero participante.

<b>NCA (Nyberg´s Caring Assessment)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Relación enfermera-paciente</b>			
1. Tiene un profundo respeto por las necesidades del otro			
2. No desiste de transmitir esperanza a otros			
3. Permanece sensitivo a las necesidades de otros.			
<b>Satisfacer las necesidades</b>			
4. Comunica a otros una actitud de ayuda y confianza			
5. Se permite tiempo para las oportunidades de cuidado			
6. Permanece comprometida con una relación continua			
7. Cree que otros tiene un potencial que puede lograrse.			
<b>Autocuidado de la profesional</b>			
8. Expresa sentimientos positivos y negativos.			
9. Deja tiempo para necesidades personales y crecimiento.			
<b>Habilidades técnicas de la enfermera</b>			
10. Soluciona problemas creativamente			
11. Implementa bien habilidades y técnicas			
12. Elige tácticas que logran las metas.			
<b>Aspectos éticos</b>			
13. Se centra en ayudar a crecer a otros			
14. Escucha cuidadosamente y está abierta a la retroalimentación			
15. Considera las relaciones antes que los reglamentos.			
16. Basa las relaciones en lo que es mejor para las personas involucradas.			
17. Comprende plenamente lo que las situaciones significan para las personas.			
18. Va más allá de lo superficial, para conocer bien a la gente.			
19. Concede plena consideración a los factores situacionales			
<b>Aspectos espirituales</b>			
20. Comprende que las fuerzas espirituales contribuyen al cuidado humano.			

# ANEXO III

La guía de convalidación de sitio se realizó en una unidad de terapia intensiva de un hospital público provincial de la ciudad de Rosario contestada vía email, por el jefe de servicio durante el mes de octubre de 2020.

En la institución existe un comité ético y docente, por el cual pasan las decisiones relacionadas a la recolección de datos y publicación de investigaciones de la institución.

Con respecto a la dotación de personal de enfermería, está compuesta por 84 agentes, de los cuales 3 (jefe, subjefe y coordinadora) no prestan atención directa al paciente, ya que, realizan labores de gestión y administración. De este total 17 enfermeros tienen una antigüedad menor a un año.

Cada turno está compuesto por 10 enfermeros asistenciales, que atienden las 20 camas útiles que existen, siendo una razón 1:2 donde existe rotación por puesto de trabajo designada diariamente.

Del total de la dotación, 17,86% son Licenciados en Enfermería, 78.5% Técnicos en Enfermería y 1,19% son auxiliares. De los cuales, 71 son de sexo femenino y 13 masculino.

El sistema de trabajo en este servicio es mediante turnos y francos rotativos, donde cada enfermero elige realizar o no doble turno, ya que, el 50% posee doble empleo.

Se informó que existen estrategias para brindar cuidado humanizado, propuestas hace algunos años antes que el proyecto HUCI (39).

Se estimó que la población total que se considerará en el estudio será de 64 enfermeros cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.

## Nota de autorización para la Guía de convalidación de sitio



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Tesis de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad  
Nacional de Rosario, certifica que Pía Vivanco Sandoval  
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

Ella mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de  
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la Institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos  
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en  
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos  
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del Interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,  
Provincia de Santa Fe, a los 16 de Octubre 2020

Nores, Rosana

Santa Fe 2100  
Rosario s2000tr  
Tel. 341 4804558  
Fax 341 4804569  
www.fmcdic.unr.edu.ar

LUIS ALBERTO PERRETTA  
LIC. EN ENFERMERIA  
MAT. 307

# ANEXO IV

## **Resultados de la Prueba Piloto del instrumento**

La prueba piloto se realizó en una Unidad Coronaria de un hospital público provincial de la ciudad de Rosario, previa autorización del jefe de servicio. Ésta fue llevada a cabo por la colaboradora de la investigación. Se eligió este servicio, por contar con características similares a una unidad de cuidados críticos, y para evitar amenazas en la validez interna cuando se realice la recolección de datos para la investigación.

Primero se realizó la lista de control, mediante la observación durante las primeras 5 horas de guardia, a los enfermeros trabajando en el servicio. Dejando la última hora para la encuesta de los que accedieran a participar. Se pudo constatar que fue difícil contestar la lista de cotejo, debido a la dinámica del servicio y al tipo de pacientes, ya que, muchos se encuentran sedados y con visitas familiares estrictas. Lo que lleva a sugerir que en la investigación y el contexto real se considere observar por una semana, como mínimo.

La encuesta fue contestada por tres profesionales de enfermería, que accedieron a participar voluntariamente, luego de leer y firmar el consentimiento informado. Es necesario destacar, que fue muy difícil contar con enfermeros que quisieran participar, ya que, la mayoría demostraba sentirse presionados a la posible evaluación.

Con respecto a los ítems, fueron interpretados correctamente, y se utilizó un lenguaje adecuado. Su tiempo de llenado fue de 20 minutos aproximadamente.

## Nota de autorización para la Prueba piloto



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad  
Nacional de Rosario, certifica que Pia Vivanco Sandoval  
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de  
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos  
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en  
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos  
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,  
Provincia de Santa Fe, a los 16 de Octubre 2020



Nores, Rosana



ARANDA SILVANA  
ENFERMERA PROFESIONAL

Santa Fe 3100  
Rosario 32002kr  
Tel. 341 4804558  
Fax 341 4804569  
www.fmec.unr.edu.ar

## Bibliografía

- (1) Blanca Escobar Castellanos. Patricia Cid Henríquez. El cuidado de Enfermería y la ética derivados del avance tecnológico, Chile, 2018.

- (2) Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva M, De La Cruz-Ruiz M, Cuidado Humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima, 2015.
- (3) Ramos Guajardo S, Ceballos Vásquez P, Cuidado Humanizado y riesgos psicosociales: Una relación percibida por profesionales de Chile; 2018.
- (4) Del Valle Fayos L. y Palop Muñoz J. El cuidado invisible. Necesidades psicoemocionales del paciente crítico en Unidades de Cuidados Intensivos, España; 2018.
- (5) Solorzano Gallardo. Carga laboral y Actitud del personal de enfermería frente al paciente de UCI en un Hospital del MINSA. Perú, 2019.
- (6) Hernández Vásquez C, Sevilla Valero R, Hernán Ayuso C, García Hinarejos S, Comparación de las escalas NAS y NEMS en una UCI polivalente, España; 2018.
- (7) Vargas Esquivel, Ramírez Vázquez, Rodríguez Morán, Colín Espinosa, Barrón López. Factores sociodemográficos del personal de enfermería que influyen en el trato digno al paciente de un hospital de ISSSTE, México, 2012.
- (8) Bencomo E. Tania Z. "El trabajo" visto desde una perspectiva social y jurídica, Venezuela, 2008.
- (9) Neffa J., El Trabajo Humano: Contribución al estudio de un valor que permanece. Buenos Aires, 2003.
- (10) Rodríguez C. Los convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo: una oportunidad para mejorar las condiciones y el ambiente de trabajo. Argentina, 2009.
- (11) Almirall Hernández J. El paradigma dinámico en salud ocupacional. Cuba, 2007.
- (12) Barba Álvarez A. Frederick Winslow Taylor y la administración científica: contexto, realidad y mitos. México, 2010.
- (13) Kanawaty G. Introducción al estudio del trabajo 4° Edición, págs. 9-10. Suiza, 1996.
- (14) Pérez Bilbao, Nogareda Cuixart. INSHT. NTP 367 Envejecimiento y Trabajo: la gestión de la edad. España, 1999.
- (15) Nogareda Cuixart C. INSHT. NTP 179: Carga mental de trabajo: Definición y evaluación. España, 1998,
- (16) Diaz Canepa, Actividad Laboral y Carga Mental de Trabajo. Chile, 2010.

- (17) Brunet, L. El clima de trabajo de las organizaciones. Págs. 11-26. México, 1987.
- (18) Tejedo Benedicto. Satisfacción laboral y su relación con variables sociodemográficas y laborales y con parámetros de riesgo cardiovascular en trabajadores de Baleares. España, 2013
- (19) Durán M. Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. Costa Rica, 2010.
- (20) Sebastián García O., del Hoyo Delgado M. INSHT Carga mental de trabajo. España, 2002.
- (21) Spinelli H., Trotta A., Guevel C., Santoro A., García Martínez S., Negrín G., Morales Castellón Y. La salud de los trabajadores de la salud. Págs. 14-19. Argentina, 2013.
- (22) Seguel Palma F., Valenzuela Suazo S., Sanhueza Alvarado O. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. Chile, 2015.
- (23) Reynaldos Grandon, Toffoletto, Molina Muñoz, Grillo Padilha, Sánchez Aguiera, Maldonado Mardones. Adaptación transcultural para Chile del Nursing Activities Score para medir la carga de trabajo de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. Chile, 2018.
- (24) Calvo Sánchez M. Enfermería del trabajo. Págs. 349-365. España, 2008.
- (25) Braco Criado. Cómo calcular el ratio enfermera-paciente. España, 2016.
- (26) OIT. Mejora del empleo y de las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud. Ginebra, 2017.
- (27) Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Los Recursos Humanos de Salud en Argentina. Argentina, 2015.
- (28) Arriaga García, Obregón De La Torre. Conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de hospitales de Lima. Perú, 2018.
- (29) Olivé Ferrer, Isla Pera. El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. España, 2015.
- (30) Martínez Martín, Chamorro Rebollo. Historia de la enfermería. Evolución del cuidado enfermero 2º Edición. España, 2011.
- (31) Salazar Maya, Martínez de Acosta. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Colombia, 2008.

- (32) Rohrbach C. Introducción a la Teoría de los Cuidados Culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. Suiza, 1998.
- (33) García Bañón, Sainz Otero, Botella Rodríguez. La Enfermería vista desde el género. España, 2004.
- (34) Eugenia Urra M, Alejandra Jana A, Marcela García V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. Chile, 2011.
- (35) Poblete-Troncoso, Valenzuela-Suazo, Merino. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. Chile, 2012.
- (36) Gijón-Alvaradoa, Müggenburg-Rodríguez. Instrumentos que miden la comunicación enfermera-paciente. México, 2019.
- (37) Vásquez Sellán. Maslow más allá de la psicología: influencias sobre formas de pensar del cuidado. España, 2008.
- (38) Veloza G., Pérez G. La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. Colombia, 2009.
- (39) <https://proyctohuci.com/es/tenemos-un-plan/>