

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

“HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTESIVOS.”

Por:

ASTORGA GABRIEL.

Director: Lic. Laura Astorquia

Docente Asesor:

LIC. Córdoba Natalí.

Rosario, 27 de Noviembre de 2019.

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Resumen y palabra clave.

En estos últimos tiempos vividos, los sujetos valoran más los cuidados que tienen en relación con la comunicación y el afecto que se brindan dentro de la institución Hospitalaria. Es una necesidad que demandan los sujetos de atención, urge en la práctica profesional; se evidencia en las políticas y en las disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brindan.

El objetivo de este trabajo es relacionar la edad, el sexo, el nivel de formación y la carga horaria laboral con los cuidados humanizados que brinda el personal de enfermería a los pacientes que transitan hospitalización en las unidades de cuidados intensivos de los Hospitales públicos de la ciudad de Rosario.

Se realizará un estudio descriptivo observacional mediante la aplicación de un checklist; de corte transversal, prospectivo aplicando un abordaje metodológico Cuantitativo. La metodología de análisis permitirá plantear una tabla descriptiva donde se muestren las frecuencias y porcentajes de las acciones que los enfermeros realizan; estableciéndose de esta manera, como son los cuidados que brindan las enfermeras a los pacientes hospitalizados.

Palabra clave: Humanización de los cuidados intensivos, unidad de terapia intensiva, edad, nivel de formación, sexo, pacientes hospitalizados.

Índice General

Resumen y palabra clave	2
Índice general	3
Introducción	
Estado actual de conocimiento o estado del arte	4
Planteamiento del problema en estudio	5
Hipótesis y objetivos	6
Marco Teórico	8
Material y métodos	
Tipo de estudio o diseño	31
Sitio o contexto de la investigación	31
Población y muestra	32
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33
Personal a cargo de la recolección de datos	35
Plan de análisis	36
Plan de trabajo y cronograma	38
Anexos	
I Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	39
II Instrumento de recolección de datos	40
III Resultados del estudio exploratorio	41
IV Resultado de la prueba piloto del instrumento	43
Bibliografía	44

El estado del Arte: Humanización de los cuidados intensivos.

En la actualidad, es una necesidad que demandan los sujetos de atención, urge en la práctica profesional; se evidencia en las políticas y en las disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brindan. (Rosa Guerrero-Ramirez, 2016;9)

En estos últimos tiempos vividos, los sujetos valoran más los cuidados que tienen relación con la comunicación y el afecto que se brindan dentro de la institución Hospitalaria.

Desde el siglo XVIII y XIV, la profesión de enfermería comienza a tener una interrelación con la práctica médica; desde el nacimiento de la clínica, las instituciones hospitalarias se constituyeron en centros de formación y saber médico, donde la patología pasa a ser un objeto de estudio perdiendo los enfermos su individualidad e integridad; desde entonces esta teoría biologista a impregnado las profesiones e instituciones de salud. (Margarita Poblete Troncoso, 2007;20)

Pasaron cerca de cien años desde que Florence Nigthingale (1820- 1920) escribiera sus *Notas sobre Enfermería*, donde el objetivo principal de teoría es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, centrándose en el medio ambiente, donde creía que un entorno saludable era necesario para aplicar cuidados de enfermería; hasta la publicación de la teoría de las relaciones interpersonales de Hidegard E. Peplau (1909-1999). La teoría de Peplau se refiere a la relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente. De acuerdo con Peplau, la relación establecida es recíproca, por lo que las acciones de enfermería no son sólo en, para y hacia el paciente, sino con él, e implica respeto, desarrollo y aprendizaje para ambos (Peplau, 1990). Este modelo teórico humanista se inscribe en el paradigma de la integración, es decir, orienta a la enfermera a reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual y dirige el cuidado a sus dimensiones, físico, social y mental

Los cuidados en nuestra cultura y tiempos históricos actuales necesitan una fuerte reconsideración hacia la humanización de la salud, en la que los cuidados se sitúan ética y profesionalmente. El cuidado es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud.

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de la salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha promulgado la política de formación indispensable para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en busca de la protección de los derechos de las personas; a partir del lema: "Trato humanizado a la persona sana y enferma". Este organismo enfatiza la Humanización "Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida". (Serna, 2017)

En relación a ello es que se anuncia el siguiente:

Planteamiento del problema de estudio: ¿Cómo se relacionan la edad, el sexo, el nivel de formación y la carga horaria laboral con los cuidados humanizado que brinda el personal de enfermería a los pacientes que transitan hospitalización en unidad de cuidados intensivos de los Hospitales públicos de la ciudad de Rosario, durante los meses de junio a Diciembre del 2019?

Hipótesis:

- ✓ Los cuidados que brinda enfermería a los pacientes hospitalizados en terapia intensiva, tienden a humanizarse.
- ✓ A mayor nivel de formación académica, los cuidados de enfermería son más humanizados.
- ✓ A mayor edad y mayor carga horaria laboral menor cuidado humanizado.
- ✓ Las mujeres tienden a brindar mayor cuidado humanizado que los hombres.

Objetivo general: Conocer la relación que existe entre la edad, el sexo, el nivel de formación y la carga horaria laboral con los cuidados humanizado que brinda el personal de enfermería a los pacientes que transitan hospitalización en unidad de cuidados intensivos, de los hospitales públicos de la ciudad de Rosario, durante los meses de junio a Diciembre del 2019.

Objetivos específicos:

Identificar el sistema de valores humanísticos y altruista que posea el personal de enfermería.

Identificar la instalación de fe y esperanza que posee el personal de enfermería.

Identificar la sensibilidad que posee hacia uno mismo y los demás el personal de enfermería.

Identificar el desarrollo de una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza.

Identificar la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.

Identificar el uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones del personal de enfermería.

Identificar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal que brinda el personal de enfermería.

Conocer el entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual.

Identificar la ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas.

Conocer la aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas.

Propósito:

Esta investigación tiene como propósito poner a disposición de las autoridades y gestores del cuidado, resultados de un estudio realizado a través de la observación al personal de enfermería que brinda cuidados a los pacientes hospitalizados especialmente en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales públicos de la ciudad de Rosario, para la implementación de mejora continua y desarrollar la capacidad crítica de buscar e implementar estrategias y un plan o programa de capacitación sobre cuidados humanizados.

Marco Teórico.

Evolución histórica del cuidado enfermero.

La evolución del cuidado enfermero, está estrechamente ligada a la conformación del concepto salud- enfermedad que ha caracterizado cada momento histórico.

Según Collière, hace referencia a cuatro etapas, entre ellas, la primera etapa denominada “Doméstica del cuidado” por ser la mujer en cada hogar la encargada del mantenimiento frente a las condiciones del medio, se desarrolla en el período histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano. La segunda etapa denominada “Etapa vocacional del cuidado”, que se encuadra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, donde el concepto de Salud- enfermedad adquiere un concepto religioso, hasta el final de la edad moderna. La tercera etapa “ Etapa técnica del cuidado”, se desarrolla a lo largo del Siglo XIX y parte del XX, donde se centra en la lucha contra la enfermedad, donde el saber médico se centra en la enfermedad, y las personas encargadas de brindar cuidados, adquieren un papel de auxiliar del médico. Finalmente, la “Etapa profesional del cuidado”, donde la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud y la población, se desarrolla en las últimas décadas del Siglo XX hasta nuestros días. (Collière, 1993)

Etapa Domestica del cuidado.

El concepto de cuidado o de ayuda a los demás está presente desde el inicio de las civilizaciones; aunque demográficamente diferenciadas (Prehistoria, Egipto, India, China, Nuevo mundo), presentan aspectos comunes relacionados con el concepto de salud- enfermedad, donde tiene una interpretación con el pensamiento de una intervención sobrenatural, considerado como premio o castigo antes las conductas humanas. Este pensamiento fundamenta la utilización de métodos para tratar la enfermedad con una combinación de saberes naturales con rituales de tipo espiritual; razón por la que la atención de los enfermos se le atribuía a una persona con poderes divinos. Aquí, la mujer toma un lugar de encargada de los cuidados

que le brindaba en el hogar, utilizando elementos que son parte de esa vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación,, las manos para transmitir bienestar. Estos cuidados en nuestros días se conocen como cuidados básicos.

Con la aparición de los grecorromanos se realiza la transición de lo mágico a lo racional .El desarrollo del conocimiento empírico determinó que la atención de la salud fuera responsabilidad de personas que comenzaran a transformar la medicina de lo mágico a lo científico.

Buscar el origen de los cuidados lleva a situarse en el período más prolongado de la historia de la humanidad y a conocer cómo vivían los primeros hombres que poblaron la tierra; donde nos remonta a la prehistoria, donde el hombre vivía agrupado como mecanismo de defensa antes las adversidades del medio ambiente, se agrupaban en tribus para sobrevivir y hacer frente a los requerimientos de los miembros. En esta organización de convivencia, la persona que se encargaba de satisfacer las necesidades de mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar del grupo es la mujer. Son las mujeres las que desempeñan las funciones de cuidado; el hecho de que sea esta quien adopte el rol de cuidadora tiene profundas connotaciones simbólicas, ya que al ser esencial el parto para la conservación de la especie, todos los cuidados como la fertilidad, lactancia, cuidados perinatales, son asumidos por la mujer; como resultado de esta misión, permanecía más tiempo en el poblado ,ocupándose de cuidar a los heridos y a los enfermos, mientras se encargaba de las tareas de mantenimiento del campamento.

Dada la condición sobrenatural de la enfermedad, el hechicero (chamán, curandero o brujo), que habitualmente era un integrante de la tribu, su conocimiento no era innato, sino aprendido por su antecesor y utilizaba procedimientos rituales para evitar, aliviar o curar la enfermedad. Para la anamnesis, el hechicero interrogaba al sujeto enfermo para conocer la falta cometida, en busca de la posible causa del castigo, una vez aclarada la causa del mal, se intentaba la curación con magia o bien con los métodos empíricos de la farmacopea utilizando recursos de los tres reinos; vegetal, mineral y animal.

Etapa Vocacional del cuidado.

Con el inicio del cristianismo, da comienzo a esta etapa que se desarrolla en toda la Edad Media, entre el siglo V Y XV y acaba con el fin de la Edad Moderna.

Permanece la idea de lo sobrenatural sobre la enfermedad, pero ya no como castigo sino como una bendición divina para ganarse el cielo. Se incorporan a los cuidados valores religiosos, incluyendo así el carácter humanitario en la atención del enfermo. Continúa la imagen de la mujer (viudas, diaconisa, vírgenes y matronas romanas) como personas dedicadas a los cuidados.

Desde la caída del Imperio Romano hasta el siglo XV surge un claro retroceso en los aspectos de la vida; el hacinamiento, la falta de higiene, mala alimentación, y conflictos de la época contribuyen al aumento de la propagación de enfermedades. La escasa medicina elitista se encargaba de las clases altas de la sociedad, las esclavas realizaban tareas domésticas, cuidaban enfermos y heridos, las viudas y mujeres de mal vivir albergaban a pobres enfermos en sus casas. El hacinamiento, y las malas condiciones higiénicas, son las que potencian el desarrollo de enfermedades como epidemias de lepra.

Se fundaron organizaciones de tipos militares hospitalarias, donde los soldados se dedicaban al socorro de enfermos y heridos de la guerra. Seglares formada por semi- religiosos que servían a los enfermos, pobres, huérfanos y abandonados. Mendicantes que se desarrollan como respuesta a la rápida propagación de enfermedades epidémicas.

La falta de reglamentación en la atención del enfermo no favoreció el progreso de los cuidados. En estos tiempos comienza a organizarse el hospital y aparece una diferenciación de trabajadores, donde se da lugar a los enfermos y se empiezan a organizar y distribuir por sexo y los cuidados de enfermería corrían a cargo del personal religioso, donde comienza una de las principales decadencias de la enfermería.

Al mediados del siglo XV(1517), con la reforma protestante de Martin Lutero, desarrollado en Alemania, con el intento de mejorar el cristianismo, pretende tratar

la enfermedad a través del rezo y la fé y no en la caridad. La situación provocó el cierre de las instituciones religiosas cristianas, quedando los cuidados en manos de personal sin preparación, mujeres de baja condición social sin ocupación en la vida, donde los cuidados se limitaban a satisfacer necesidades básicas. Consecuentemente, los hospitales se convirtieron en lugares de desesperación donde se brindaba cobijo a enfermos en condiciones lamentables.

En el concilio de Trento en 1545, en respuesta a la reforma protestante, se constituyó "Hermanas de la caridad", fundada por San Vicente Paul, el precursor de la enfermería moderna al exigir que además de cuidar a los enfermos, sepan leer, escribir y reciban formación.

Etapa Técnica de los cuidados.

Desarrollada a lo largo de los siglo XIX y XX, iniciada con el fin de la Revolución Francesa en 1789, que marca una nueva época con la Declaración de los Derechos Humanos, garantizando la asistencia sanitaria como un derecho para todos.

Acompañando la Revolución Industrial, se empiezan a instaurar innovaciones en los hospitales; si bien seguían divididos en hospitales civiles para enfermos con patologías agudas y hospitales de la iglesia para pobres.

El éxodo rural de la población favorece la aparición de enfermedades como la tuberculosis y cólera. Ante esta situación, en EEUU surgió una nueva corriente de higienistas naturales, que estas fueron la base para el desarrollo de la sanidad pública en Reino Unido en 1930, con la construcción de alcantarillas y el suministro de agua para la ciudad.

En 1858, Luis Pasteur descubrió los "gérmenes", y dio origen microbiano de la enfermedad. La atención se centra en la lucha contra la enfermedad, tratando de averiguar la causa y estableciendo un tratamiento adecuado.

La diferencia entre la evolución de la medicina y la enfermería son considerable, ya que la medicina contaba con formación propia y título oficial para poder ejercer, la

enfermería no se relacionaba con el saber, sino con las buenas obras, y limitada a la atención de los pobres. Había mucha vocación pero escasa formación.

En esta etapa, se destaca una figura E. Fry quien con su labor reformista y humanizadora de las cárceles, inspiró a Theodor Flieder, para la fundación de una institución en Alemania, para la formación de enfermeras en las que se denominaba “Diaconisas”.

Sin embargo, la verdadera profesionalización se debe de mano de Florence Nigthingale, que inmersa en el convencimiento de que la reforma de la enfermería se debía afrontar formando enfermeras, defendió la formación laica como requisito para la práctica de los cuidados y creó una escuela modelo en Inglaterra en 1860.

La enfermería concebida por Florence consistía en responsabilizarse de la salud de otras personas mediante la vigilancia continuada del paciente y la manipulación del entorno del mismo. Se refería a la persona como paciente y veía a cada paciente como un individuo único. Para ella, el entorno engloba todos los elementos externos que afectan a la salud de las personas.

La higiene del paciente, así como la de la enfermera y entorno, eran algo fundamental y una causa importante de enfermedades infecciosas, por esto insistió en el lavado de manos frecuentes como medida de prevención y era partidaria del aseo y cambios de ropa de cama diarios en cada enfermo, aludiendo ya a las actuales funciones enfermeras en relación al lavado e higiene general del mismo.

Etapa Profesional de los cuidados.

A partir de 1970, la enfermería se consolida como disciplina y adquiere un cuerpo propio de conocimientos, haciéndose responsable de la salud de la población.

Desde que Florence Nightingale advirtiera la necesidad de formar profesionales, varios factores influenciaron en la consolidación de la enfermería como profesión. La primera fue la creación de organizaciones profesionales que trabajan para conseguir la regulación de la disciplina, como el Consejo Internacional de Enfermeras, que fue la primera que se interesó en los aspectos éticos y jurídicos,

junto a la Asociación Americana de Enfermeras; no obstante, existe una serie de asociaciones que trabajan para elevar el nivel de la enfermería.

Otro hecho influyente es el cambio de los programas formativos, ya que el nivel de la formación viene determinado en gran parte por la preparación académica que reciben los miembros. El nivel legislativo de los aspectos educacional, organizativo y asistencial, también determina mayor solidez en el reconocimiento social de la profesión de enfermería. Además, de una profesión basada en el conocimiento científico, en la que destaca la medicina basada en la evidencia.

La concepción actual del ser humano como ser bio- psico- social, contemplado desde un punto de vista integral, los cambios en el punto de vista integral, los cambios en el concepto salud- enfermedad, que no solo se centra en la enfermedad sino que se centra en la promoción de la salud de la comunidad, sana y enferma y las distintas formas de enfermar y morir. (Rebollo, 2017. 3 Edición)

Origen de los Cuidados Intensivos en el mundo.

Hay cierta controversia en cuanto al origen de la UCI a nivel mundial, se puede afirmar que la idea inicial desarrollada por Florence Nightingale durante la Guerra de Crimea.

Florence se considera la madre de la Terapia Intensiva por percatarse de la necesidad de agrupar los pacientes graves. (Hernández, 2015)

En su libro, el Dr. Armando Caballero López fundamenta la historia de las terapias intensivas en tres etapas:

La primera etapa, desde el inicio de las civilizaciones hasta los años 40 del siglo XIX, tenía un escaso desarrollo de las ciencias médicas y de la Salud Pública, con abundantes conflictos y epidemias.

En la segunda etapa; con el descubrimiento de la anestesia en 1840, y el desarrollo de las cirugías. Peter Safar fue uno de los pioneros en la difusión de los primeros auxilios, así como las maniobras de reanimación; creó la primera sala de cuidados intensivos en la ciudad de Baltimore, EEUU llamada Intensive Care Medicine.

En la tercera, va desde 1952, hasta el día de hoy, se ubica el origen de la terapia intensiva actual, durante la epidemia de poliomielitis, surgida en Dinamarca. (López, 2006)

En los años 30, en Alemania se crean locales próximos a quirófanos en los que estaban destinados a vigilar a los pacientes durante los postoperatorios. La evolución de estas unidades hicieron que se convirtieran en un campo casi exclusivo de la anestesia. Las primeras unidades de asistencia respiratoria se registran en Dinamarca y Suecia, con buenos resultados que se extienden por el resto de países desarrollados. (Cruz, Vol. 60 1992).

Por consiguiente, América Latina no fue ajena a este desarrollo. Las primeras unidades de cuidado intensivo fueron creadas a finales de la década de 1960 y comienzos de los años 1970. Hoy se puede asegurar, que todos los países de Latinoamérica poseen unidades de cuidado intensivo, dirigidas por intensivistas, dotadas con tecnología suficiente para brindar un adecuado manejo a los pacientes que lo requieran. (Carrasco, 20015)

¿Qué es humanizar?

Según el Diccionario de la Lengua Española humanizar es “hacer humano, familiar, afable a alguien o algo”. “Es ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”. Qué duda cabe que, cuando un ciudadano se acerca a un centro hospitalario, espera recibir una atención “humanizada”. Esta palabra la usamos habitualmente para expresar el deseo de que algo sea bueno, se ajuste a la condición humana, responda a la dignidad de la persona. El proceso de humanización es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta. Cuando una persona enferma, su dignidad se encuentra de manera temporal amenazada. Enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta crucial la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad. La presencia humana ante las personas con enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro.

En el diccionario de Teología Pastoral Sanitaria, Spinsanti define la humanización como “una actitud mental, afectiva y moral, que obliga al agente de salud a repensar los propios esquemas mentales y a diseñar modos de intervención para que se orienten al bien del enfermo (persona que, por encontrarse en dificultad, no siempre es capaz de formular correctamente su propia necesidad)”. (Torres, 2009)

Respecto a humanizar es mucho más que ser cortés. Es importante superar las reducciones populares de la mera cordialidad. Como señala José Carlos Bermejo , humanizar tiene un significado profundo y conlleva numerosas implicaciones. Humanizamos cuando atendemos a las personas desde su concepción holística; son más que físico y corporeidad, son personas con emociones y sentimientos, personas que viven en un entorno concreto y en una familia, barrio, comunidad y sociedad. Personas singulares, únicas, que necesitan respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas, pueden decidir, deseosas de participar, con autonomía que cuidan de su vida, salud y bienestar. Personas con derechos y capacidades, libres para elegir. Personas que, no solo tienen problemas y dificultades, están llenas de recursos y potencialidades. La humanización, por tanto, es mucho más que ser amable. Es un compromiso activo y una responsabilidad de cada uno de nosotros. Se construye día a día cuando proveemos los cuidados y la atención expresando “tú eres persona y te trato en tu totalidad como ser humano”. Sin duda, a pesar de este gran valor compartido que es la humanización, se sabe que es posible despersonalizar la vida, la salud y la asistencia sanitaria. Se habla de asistencia sanitaria humanizada porque, en ocasiones, existe la asistencia sanitaria deshumanizada. (Bermejo, 2017)

Humanizar es una cuestión ética y transversal; tiene que ver con los valores, con la búsqueda del bien de la persona que se encuentra y de sí mismo en la relación. Humanizar una realidad consiste en impregnarla de los valores genuinamente humanos, que van más allá del valor del uso de las técnicas para luchar contra las adversidades de la vida.

Se está tomando conciencia de que la humanización del mundo sociosanitario o de la dependencia es un tema que abarca muchos ámbitos. Tiene que ver no solo con

la persona mayor dependiente sino con el personal sociosanitario, los administradores, los políticos, y afecta no solo a la gestión ordinaria de lo asistencial sino también a la medicina de frontera, a la investigación biomédica, a la ecología, a la educación, a los valores.

Se debe tomar conciencia, de que un proceso serio de humanización tiene que considerar la necesidad de intervenir desde un lugar concreto y de una forma concreta. No se trata de humanizar a los otros, sino que yo he de ser y vivir humanamente para poder transmitir humanidad. Es decir, todos los seres humanos, tenemos que tomar conciencia, intervengamos o no en algún eslabón de la cadena, de lo que significa ser humano.

Desde aquí, y para empezar a aterrizar en qué toca la humanización en instituciones o en centros sociosanitarios, podríamos decir que transversalmente recae, al menos, sobre ámbitos donde habría que valorar los niveles de humanización.

Como hemos visto, es importante el ámbito político-económico del sistema y de la propia institución, ya que de ello dependerán los objetivos y las pautas a seguir, donde se marcan en última instancia los modos de proteger a las personas, de fomentar la autonomía, la exclusión o la accesibilidad, y las formas de afrontarla.

Por eso la humanización tendrá que examinar incluso el espacio de las estructuras de salud y su accesibilidad y ajuste a las verdaderas necesidades de los destinatarios y de los profesionales. Estas estructuras, los edificios, los ambientes, los comedores, las habitaciones, los baños, los pasillos. Estos aspectos pueden originar apreciar a una persona digna o indigna. No es igual lograr ingresar por uno mismo que tener que pedir asistencia, ingresar en un establecimiento con luz, limpio y recogido, con pasillos amplios y buen olor, que ingresar en un hospital sucio, cerrado, con camas en los pasillos. Uno se siente desigual, lastimado, despreciado por el sistema que no se ocupa de su bienestar ni del bienestar del familiar. (Durbán, 2013)

Es el ámbito asistencial el que también tiene que velar por programas que presten atención al cuidado del cuidador. En muchas ocasiones el cuidador arrastra cargas

insostenibles que le conflictúan y chocan de frente con sus motivaciones. En este sentido la atención prestada tiene que ver con la formación ofrecida desde las organizaciones para cultivar un buen grado de cuidado, autoestima, madurez personal y personalidad.

Respecto al ámbito cultural, se valora cómo es el respeto a la vida, la educación en salud y cómo se entiende el sufrimiento y la muerte, dentro y fuera de las paredes de los hospitales y en cada cultura.

Una cultura más humana es aquella que respeta la vida, que promueve estilos de vida sanos, que se interesa no solo por las enfermedades, sino por la educación en salud y valores, que reconoce la dignidad y la autonomía de cada persona.

Una cultura es más humana también cuando la muerte y el dolor, no se niegan, ni el dolor ni el sufrimiento como realidades a integrar, y partes necesarias de la vida, pero que reconoce las distintas formas de afrontamiento de las personas.

Y cómo no, el terreno de las competencias profesionales, la humanización del espacio de la dependencia tendrá que conversar de competencias técnicas, relacionales, éticas, espirituales y culturales. Capacidad, eficiencia y gratificación personal son asimismo importantes en los programas y técnicas. Albert Jovell lo expresa así: “La medicina basada en la emotividad debería ayudar a la implantación de un nuevo modelo de gestión razonado en el discernimiento y en los valores, que tuviera como ejes principales la formación como habilidad de capacitación, la documentación como estrategia de investigación, y la discusión científico-técnica como estrategia de abordaje de problemas de salud y de dilucidación de desacuerdos morales. Este modelo, mezcla de ciencia y humanismo debería posicionar a la profesión médica en la sobresaliente de las condiciones para enfrentar los retos y cambios que se van a originar en la sanidad del Siglo XXI”. (Durbán, 2013)

Pero estas competencias profesionales asistenciales, no pueden olvidar las dimensiones emocionales y éticas, ni tampoco los aspectos y dimensiones profundas del ser humano, espirituales y culturales. La formación académica que se

recibe, si bien ya está cambiando este aspecto, en muchas ocasiones no se valoraron estas dimensiones, y se sienten grandísimos profesionales, perfectamente preparados para realizar un trasplante de corazón, pero que no tuvieron en cuenta si la cultura, la espiritualidad o la ética del paciente y su familia estaban alineadas con dicha intervención. (Durbán., 2013)

Humanización de las unidades de cuidados intensivos.

En los últimos 30 años, el desarrollo a nivel científico y tecnológico de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha sido espectacular. Esa es la causa de un incremento notable en las cifras de supervivencia de los enfermos ingresados en estas unidades. Sin embargo, un uso intensivo de la tecnología ha podido relegar las necesidades humanas y emocionales de pacientes, familias y profesionales a un segundo plano. Como consecuencia, se advierte una pérdida de la narrativa en la elaboración de las historias clínicas, falta de escucha activa a las demandas de pacientes y familiares, y el cuestionamiento de la vocación profesional por estrés.. Por tanto, es tiempo de reflexionar sobre si debe replantearse una re-humanización de la asistencia y mejorar la relación entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios. Podría entenderse como controvertido el término “humanizar”. Muchas personas podrán sorprenderse de que algo tan intrínseco a la profesión sanitaria pueda ser objeto de debate. No se pretende poner en duda la humanidad desplegada por los profesionales. El verdadero objetivo es conseguir mayor cercanía, comprensión, afectividad y ternura, incrementando nuestra capacidad de autocrítica y perseverando en el permanente afán de mejora. Recuperar el compromiso de servicio y entrega, que en origen alimentó la vocación como profesionales, constituye un reto y una necesidad de gran magnitud e interés general. Es un importante compromiso personal para mejorar la realidad, las relaciones y el entorno personal. Pararse a pensar y ver qué puede aportar cada persona al sistema es convertir el cambio en un proceso donde la actitud sea fundamental. Nuestro sistema sanitario podrá considerarse humanizado cuando se sitúe al servicio de todos aquellos que lo conforman: enfermos, familiares y profesionales sanitarios a todos los niveles. La atención integral requiere

subjetividad, cualificación, sensibilidad y ética. Necesita de grandes dotes de comunicación y habilidades de relación: escucha activa, respeto, empatía y compasión. Un conjunto de herramientas fundamentales en las que los profesionales, en mayor o menor medida, tenemos carencias curriculares. Esos recursos docentes resultan imprescindibles para promover y mejorar la formación en humanización. (Sanidad, 2016)

Revisando un poco de historia en la construcción de la salud, en la génesis y evolución de las instituciones, en 1822 se promulgó la primera Ley de Arreglo de la Medicina que establecía las formas y condicionamiento de la asistencia médica y creaba la Academia Nacional de Medicina; también, se creó la Sociedad de damas de beneficencia y se inició la etapa de fundación hospitalaria, donde resaltaban los hospitales de las colectividades extranjeras.

En la segunda mitad del siglo XIX, el cólera y la fiebre amarilla significaron un poderoso estímulo para el desarrollo de una figura institucional, encargada de proteger la salud colectiva. En 1880 en comienzo de la primera presidencia del Gral. Julio A. Roca, se creó el departamento Nacional de Higiene; a fines del Siglo XIX en Argentina, diversos grupos empezaron a asociarse para la previsión y absorción colectiva de los riesgos de enfermedad.

Surgieron las Asociaciones de los Socorros Mutuos, incide la connacionalidad derivado del fuerte proceso inmigratorio, donde los grupos que predominaron fueron los italianos y españoles.

Entre 1850 y 1900 se fundaron en el país 541 entidades y entre 1901 y 1925, 811 más. En todos los casos el fin era la prevención y cobertura de uno o varios riesgos.

La acción del Estado se limitaba a ejercer el control de vectores en enfermedades transmisibles. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por sociedades de beneficencia, y no configuraban una asociación del gobierno.

En los años 1880 y 1943 pueden identificarse dos momentos, el higienismo y el sanitarismo; actuaron como entidades directrices del Departamento Nacional de

Higiene, la asistencia pública y el patronato de la infancia. El higienismo desarrollado principalmente entre 1880 y 1920, sintió una principal preocupación por las dolencias urbanas y suburbanas, sin olvidar las enfermedades infectocontagiosas. El sanitarismo, incipiente en los años de 1920 y afianzado para la década de 1940 que incorpora el eje de atención en la vía rural, concentrándose en el paludismo, parasitosis y algunas más. Al mismo tiempo, el incipiente Sistema de Seguridad Social presentó, desde su origen, ciertos rasgos de desigualdad e inequidad del tipo de los que hoy caracterizan el modelo de Argentina.

Todo esto ocurrió en un contexto en el que el Sistema mostraba falta de coordinación y fiscalización a nivel agregado. Hasta 1945 se destaca la escasa regulación estatal. El Estado financia fundamentalmente acciones relacionadas con urgencias, sanidad de frontera, higiene pública y epidemias.

La consolidación del modelo fragmentado, mas allá de los antecedentes mencionados, recién a mediados de la década de los 40, el sector público empezó a ocupar un papel central, tanto como prestador, como el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector, con la creación del Ministerio de Salud.

Argentina siguió un doble patrón, y al igual que muchos países de la región, la cobertura estuvo a cargo de los subsectores públicos y de la seguridad social además del privado.

Existieron 5 sub-períodos en la evolución del sistema de salud argentino:

- 1945-1955: Los años de la planificación estatal centralizada; se impulsó la formación de entidades mutuales de trabajadores por rama de actividad, crean centros de salud ambulatorios y expande la oferta de servicios en establecimientos propios.
- 1955- 1970: Modelo pluralista de planificación descentralizada; el Estado Nacional transfiere responsabilidades a las provincias, se inicia la regulación para la formación de recursos humanos y la regulación del mercado d medicamentos.

- 1970-1990: Consolidación y crisis del modelo fragmentado; el sistema se consolida institucionalmente con la extensión de la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia. La ausencia de coordinación de los subsectores y de regulación de los componentes no públicos ha sido el problema central de las políticas sanitarias. Desde entonces distintos intentos de reforma han pretendido de dotar al sector de mayores niveles de articulación y coordinación sin mayor éxito.
- 1990- 2001: La desregulación de los mercados de salud; se realizaron reformas sectoriales en el marco de una política económica de apertura comercial, desregulación de algunos mercados y privatización de empresas de servicios públicos.
- Desde el 2001: Intentos de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social; finalmente las políticas surgidas después de la crisis del 2001, han puesto en marcha programas para limitar más vulnerables o de mayor riesgo a servicios de salud y medicamentos.

(Mirta Roses & Martín Santiago Herrero, 2011)

Caracterización del sistema de Salud:

En 1943 Argentina reconoció a la salud pública como problema de interés específico del Estado con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que en 1949 se transformó en Ministerio. En ese momento el Estado es "responsable-garante" del derecho a la protección de la salud, pero se reflejó el desarrollo de un sistema fragmentado con tres subsectores que atienden a tres categorías de usuarios: los grupos sociales de bajos ingresos, que no cuentan con seguridad social; los trabajadores asalariados y los jubilados, y la población con capacidad de pago, que compra seguros privados o paga para recibir atención. Estos sectores son: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado.

Con relación al sector público está integrado por las estructuras administrativas municipales, provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y

centros de salud públicos que prestan atención gratuita, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago, aproximadamente 14.6 millones de personas en 2008.

En cuanto al sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales, que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP - PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias.

Respecto al sector privado incluye: a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a obras sociales específicas o a sistemas privados de medicina prepaga; los establecimientos asistenciales, contratados también por las obras sociales, y las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga, que incluyen un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como obra social ni como medicina prepaga.

A partir de ahí la estrategia de gestión del sistema de salud provincial santafesino pone esfuerzo en la relación entre la gestión y la innovación; en la resolución de nuevos problemas, garantizando el acceso a la salud de toda la población aproximándose a cada barrio de la provincia. Un modelo de gestión en red basado en la atención primaria de salud, estructurado para cuidar y dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Actualmente en Rosario, a través de la creación del Programa de Descentralización y Modernización Municipal, permitió la desconcentración administrativa y de los servicios. Estos distritos conforman territorios en los que pueden planificarse y organizarse tareas. (Álvarez, 2010)

Por otra parte, los avances científicos técnicos a los que se enfrentan día a día en el ámbito de la salud, unido a una mayor información adquirida por parte del usuario, demanda un incremento de la calidad asistencial recibida. Esta se debe dirigir mediante unas actuaciones técnicas y éticas de los profesionales de la salud; la analogía entre formación superior, sociedad y mercado laboral ha contribuido en la planificación y gestión de los Planes de Estudios con el objetivo de identificar las formas, modalidades y contenidos que debería tomar la educación superior, para ayudar de una modo más adecuada al desarrollo social, económico y cultural, atendiendo a las necesidades de los clientes/pacientes, a partir un lugar de visión bio-psico-social.

Por una parte aquellas asociadas al grado de satisfacción del egresado en su puesto de trabajo, para la formación de los profesionales y su futura actividad profesional deben de ser supervisada para cumplir y garantizar unos criterios de calidad en la prestación de los cuidados. El sistema de Formación en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se canaliza a través de tres subsistemas: Enseñanza de Pre-Grado, Grado, Enseñanza de Máster y Enseñanza de Doctorado.

Por este motivo, es fundamental que los profesiones sanitarios, incluyendo el personal de enfermería, actualicen y complementen su formación académica con el objetivo de poder ofertar cuidados de calidad y una práctica basada en la evidencia científica. En términos generales podemos decir, que con el Grado en Enfermería se determina formar a profesionales en enfermería generalistas con preparación científica, humana y capacitación suficiente para valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas de las familias y la comunidad.

En lo que respecta al sistema de salud Argentino cuenta con atributos que lo distinguen positivamente; propone la cobertura universal, por la cual cualquier persona que resida o transite el suelo nacional, puede recibir asistencia gratuita en los efectores que el subsector público posee en todo el territorio.

El país cuenta con un total de 20.3231 establecimientos asistenciales según el Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino (SIISA), de los cuales 4.726

(23,25 %) poseen internación, involucrando un total de 193.459 camas. De estos establecimientos, la mitad pertenecen al sector privado.

Ahora dentro del equipo de salud, los recursos humanos de enfermería constituyen un significativo capital humano, el enfermero es un representante indiscutido dentro del equipo de salud y por lo tanto, conforma una inquietud para quienes gestionan políticas sanitarias y buscan contar con trabajadores calificados en enfermería. Los recursos humanos de enfermería están conformados por los Licenciados en enfermería, de grado académico con CINCO (5) años de formación; los enfermeros profesionales que poseen Tres (3) años de estudios y son formados en instituciones de enseñanza superior universitaria y no universitaria y los auxiliares de enfermería, que sólo cuentan con un año (900 horas) de formación profesional. Se forman enfermeros en 53 universidades y 212 escuelas técnicas con casi 30.000 nuevos inscriptos por año y un total aproximado de 78.000 estudiantes cursando la carrera entre universidades y escuelas técnicas. Los datos del Sistema de Información Sanitario Argentino informan que se registran actualmente un total de 179.175 matrículas en el campo de la enfermería, de las cuales 73.373 (el 40,95 % del total) son enfermeros profesionales, 19.729 (11,01 %) licenciados en enfermería y 86.073 (48,04 %) son auxiliares en enfermería.

Con respecto a la relación enfermero/ médico es de 0,56, aproximadamente la mitad del mínimo indicado por la Organización Panamericana de la Salud. La escasez del personal de enfermería es una preocupación a nivel mundial. El histórico déficit de recursos capacitados de enfermería, y su inapropiada distribución geográfica y en los servicios, se ve actualmente agravado por la falta de incentivos para ingresar y permanecer en la profesión, derivado del deterioro de las condiciones laborales. En esta última década la Argentina ha iniciado un movimiento creciente para alcanzar mayores y mejores niveles de formación, en vías de alcanzar la cantidad suficiente de profesionales de la enfermería y lograr el impacto deseado en el cuidado integral de la salud de la persona, la familia y la comunidad en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). En el marco de la Mesa Intersectorial, durante los últimos cinco años el Instituto Nacional de

Educación Tecnológica (INET) y la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO) trabajaron con la Comisión Nacional de Enfermería en la elaboración y consenso de estándares comunes para la formación de enfermeros en universidades y escuelas técnicas, que apuntan a lograr una formación equivalente en todo el país y a facilitar que los enfermeros puedan acceder a la formación de grado (Social, 2016)

Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson.

Watson se nutre de fuentes teóricas como Nightingale, Henderson y Leininger, Maslow, Heidegger y Sartre; introduce elementos de la teoría feminista, la filosofía y la física cuántica, incorpora una mirada científica y humanista con una orientación fenomenológica, existencial y espiritual.

Antes que nada interpreta el cuidado como un proceso intersubjetivo, considera que el cuidado y el amor conforman la energía primaria y universal que se inicia en el primer momento en que se relacionan e interactúan los enfermeros y las personas cuidadas. Habla del binomio cuidar/ sanar; la empatía, la comprensión, el deseo y la intencionalidad permitirán al cuidado profesional que va más allá de la medicalización, el control terapéutico y la manipulación. Una interacción libre y buscada sujeto- sujeto que favorece la relación que vela por el mantenimiento de la dignidad humana.

A saber, la formación de un sistema humanístico y altruista de valores pueden influenciar para que las personas cuidadas adquieren un sentimiento de satisfacción hacia uno mismo. El fenómeno de la fe y la esperanza favorece un cuidado con perspectiva holística y contempla las interacciones eficaces en la relación terapéutica enfermeros- persona cuidada. La promoción de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás permite el reconocimiento de los sentimientos conduciendo a la auto actualización a través de la auto aceptación, que se puede dar por parte de los enfermeros como de la persona cuidada. (Pera, 2015 (38) 2)

Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados. En primer lugar, los supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación:

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto tiende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.
- La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica

La teoría de Jean Watson pertenece a la Escuela del Caring (cuidado). Las teóricas de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

Tomando partido por el criterio que la teoría de Jean Watson se centra en el cuidado e intenta responder ¿cómo las enfermeras hacen lo que hacen?, J. Watson se orienta hacia lo existencial, fenomenológico y espiritual, se inspira en la Metafísica, las Humanidades, el Arte y la Antropología.

Margaret Jean Watson , nació en los Estados Unidos de Norteamérica en 1940, es Licenciada en Enfermería con una Maestría de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, y posteriormente realiza un Doctorado en Psicología de la Educación y Consejería. En 1979, Watson publica su primer libro: Enfermería: The philosophy and science of caring (La filosofía y ciencia de los cuidados), en el que expone su teoría, la que en sus palabras: “emergió desde mi inquietud por otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los pacientes”. (Cowling, Smith, & Watson, 2008)

Posteriormente, Watson corregirá y complementará el sentido original de su teoría, estructurando los diez Factores Caritativos por el de Proceso Caritas o Proceso de Cuidar que fueron expuestos en su libro: Nursing: Human science and human care. A theory of nursing (Enfermería: ciencia y cuidados humanos. Una teoría de Enfermería en 1985, reimpresso en los años 1988 y 1999. En este libro, afirma que expande los aspectos filosóficos y transpersonales del “momento de cuidados” como el eje de su marco de referencia y hace más evidente los aspectos éticos, del arte y los espirituales-metafísicos. Además, impregnada en el pensamiento postmoderno, Watson publica su libro: Postmodern nursing and beyond (Enfermería posmoderna y otros enfoques) en el año 1999.

Por lo que se asume que; Jean Watson sustenta su trabajo en desarrollar una base moral y filosófica significativa en la labor del personal de enfermería, su teoría del ejercicio profesional de la enfermería se basa en los 10 factores asistenciales. Los tres primeros son factores interdependientes que ofrecen una base filosófica a la ciencia de la asistencia, el primero de ellos hace mención a la formulación de un

sistema de valores humanos altruistas; este factor puede definirse como la satisfacción que se recibe al prestar ayuda, al realizar el trabajo con calidad y que el paciente esté satisfecho de la labor.

El segundo propicia inculcar la fe y esperanza, es un incentivo para que el paciente adopte conductas saludables. El cuidado de enfermería debe lograr que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención de enfermería segura y eficiente, cuya finalidad será lograr su máximo bienestar.

Es sabido que de la nada no puede surgir nada y que lo nuevo solo puede surgir de determinadas premisas implícitas en lo viejo. Dejar a un lado el pasado es algo ingenuo e irreal. El cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás es el tercer factor mencionado por Jean Watson, resulta vital para el personal de enfermería no fusionar emociones negativas de su vida privada o de trabajo con la atención de salud que le brinda al paciente, para lograr lo anterior es imprescindible que este personal adquiera la habilidad de evaluar y manejar sus reacciones emocionales identificando las maneras adecuadas de expresarlas.

Solo quién sabe por qué se siente, cómo se siente; puede manejar sus emociones, moderarlas y ordenarlas de manera consciente. Las personas con adecuada conciencia emocional conocen sus valores, metas y se guían por ellos, han desarrollado la capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro. Lo anterior sustenta el cuarto factor de la teoría de Jean Watson, al incentivar el desarrollo de una relación de ayuda – confianza. El desarrollo de una relación ayuda –confianza entre enfermera y paciente promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos e implica congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz.

Jean Watson hace un señalamiento importante en su quinto factor cuando plantea: la enfermera debe estar preparada ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir. Lo que Jean Watson nos convoca es a comprender la mutua relación entre pensamientos, emociones y comportamiento. Avizora que compartir los sentimientos es una experiencia riesgosa tanto para el paciente como para la enfermera.

En el sexto factor, Jean Watson hace un llamado al uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. Atributo íntimamente relacionado con la motivación por la superación constante; cualidad que cuando está presente se expresa en el deseo de estudiar y adquirir nuevos conocimientos para perfeccionar la práctica diaria.

La promoción de la enseñanza aprendizaje, permite mantener al paciente informado pero para ello, el personal de Enfermería debe actualizar periódicamente sus conocimientos para poder avanzar en el campo de la investigación y mejorar así la calidad de los cuidados en su práctica profesional, asume en este orden de ideas el primer paso para desarrollar el séptimo factor de la teoría de Jean Watson, la promoción de la enseñanza - aprendizaje.

El octavo factor de la teoría de Jean Watson a analizar, es que este personal debe reconocer la influencia que tiene el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad de las personas. Hacer una autovaloración realista, es un elemento imprescindible para un buen desarrollo de este indicador. Conocer nuestras fortalezas y debilidades, tener una visión clara de lo que se necesita mejorar y estar abiertos a nuevas experiencias se hace imprescindible para el desarrollo profesional.

La asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales de sí misma y del paciente como noveno factor de la teoría de Jean Watson, es esencial a la hora de manejar el término de prioridad en el cuidado, al proporcionar una visión del arte del cuidado, cual fenómeno revelado, organizado, entendido e interpretado.

Como decimo factor, Jean Watson convoca a el fomento de las fuerzas existenciales – fenomenológicas, se traduce en que no basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica, se necesitan otras habilidades como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión.

Se realiza en ocasiones el cuidado en dependencia de la habilidad de la enfermera para percibir y afirmar la subjetividad del otro. Este es un concepto más activo que el término respeto como manifestación de cortesía, porque se manifiesta en

acciones, palabras y maneras de ser que traen a la luz la experiencia personal de la persona. Otra dimensión de este proceso es la habilidad de la enfermera para sentirse unida y cercana al otro y experimentar e imaginar sus sentimientos. Para Jean Watson, la práctica del cuidado en Enfermería envuelve nutrición, creación y cultivo del potencial para ocasiones de cuidado.

En pocas palabras, confianza en uno mismo, valentía que proviene del conocimiento certero de las capacidades, valores y metas. La gestión del cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito el imperativo ético de conservar claridad en los pensamientos y no cometer ninguna violación que influya de manera negativa en la atención al paciente. (Machín, 2015)

Material y Métodos.

Tipo de estudio.

Se realizará un estudio descriptivo observacional de corte Transversal ya que se aplicará una sola vez el instrumento de medición y en un tiempo determinado, Descriptivo de manera observacional y Prospectivo ya que se recabara información a medida que suceden los hechos aplicando un abordaje metodológico Cuantitativo.

Según Sampieri, los estudios descriptivos permiten detallar situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiestan determinados fenómenos y busca especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades. (Sampieri, 1998). Este proyecto de investigación se considera de este carácter ya que permite investigar los factores que determinan los cuidados para que sean humanizados o según Jean Watson.

Sitio o contexto de la Investigación.

Para la selección del sitio se elaboró una guía de relevamiento de sitio (Ver Anexo I). Los sitios fueron seleccionados por reunir con los criterios de elegibilidad: ya que se obtuvo la autorización firmada, y al mismo tiempo la presencia de mis variables y la población de estudio. Tomando los 3 efectores para obtener un mayor número de población. Por lo tanto los efectores elegidos por reunir con los criterios de elegibilidad (Ver página 32) son:

Los lugares de convalidación visitados han sido:

1)- El Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (H.E.C.A.) es un efector público Municipal que brinda atención totalmente gratuita. Es referente en trauma y emergencias de la ciudad y la región, basado en los principios de accesibilidad y eficiencia. Está solventado con fondos de la Municipalidad de Rosario y con el apoyo del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe para la alta complejidad. Ocupa el 3º nivel de complejidad dentro de la red de salud. Realiza recupero de facturación a obras sociales y compañías de seguro de accidentes y de riesgos laborales. Brinda atención a pacientes adultos, a partir de los 13 años, con patologías clínico-quirúrgicas de mediana y alta complejidad. Está ordenado funcionalmente en la

modalidad de atención por Cuidados Progresivos, brindando una atención integral e interdisciplinaria, formando parte de la Red del sistema público de salud. El servicio de terapia intensiva dispone de 24 camas. Con respecto a este sitio, se procede a la desestimación del mismo ya que no se obtiene la autorización firmada para su realización, por motivos de desconocimientos, con temor a implicancias legales algunas por partes de las jefaturas y por procedimientos protocolares institucionales que no permiten su realización.

2)- El Hospital Provincial del Centenario es un hospital general de Rosario, Argentina, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, Argentina. Es un hospital público provincial en emergencia edilicia, administrado parcialmente por una Comisión electa.

3)-El Hospital Provincial de Rosario, es un hospital general en Rosario (Argentina), dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Es un hospital público, manejado parcialmente por un Concejo electo. Fue el primer hospital en Rosario y en el sur santafesino. Fue inaugurado el 4 de octubre de 1855, con el nombre de Hospital de Caridad, de la Sociedad de Beneficencia de Rosario. Al momento de su fundación, el hospital estaba fuera del ejido urbano de la pequeña "Villa de Rosario", que contaba con 3.200 habitantes. Al presente, el hospital ha quedado en el centro de la ciudad, sirviendo un área de población estimada de 386.000, tratando anualmente a 182.000 personas, admitiendo 25 pacientes por día, y realizando 300 cirugías por mes.

Población y muestra:

La población de estudio serán todos los enfermeros que trabajan en Terapia intensiva de los Hospitales seleccionados en la ciudad de Rosario. La unidad de análisis serán cada uno de los enfermeros que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión. Se tomará un número aproximado de 50 enfermeros.

Criterios de Exclusión:

Auxiliares de enfermería.

Todo personal de enfermería que realice actividades de gestión.

Tener menos de un año de antigüedad en la sala de terapia intensiva.

No ser personal de Staff permanente.

Técnica e Instrumento de recolección de datos.

En base a los objetivos del estudio, la definición y operacionalización de las variables a estudiar, se utilizará como técnica la observación y como instrumento una lista de control tipo Check list completado a través de la observación no participante que realiza el investigador. Se ha considerado esta técnica la más conveniente ya que a la hora de poner en juicio las propias actividades que realizan los enfermeros, no se presenta una autocrítica correcta, por eso se determina conveniente completar una lista de actividades con requisitos que se deben cumplir a la hora de brindar cuidados humanizados. Se realizará durante un mes en cada Servicio de terapia intensiva de los hospitales de Rosario. Durante esos 30 días, se rotará una semana por cada turno (4 turnos de 6 hs.). Este instrumento estará dirigido al personal de enfermería en sus diferentes niveles de formación y sexo. Será completada la lista de control de forma anónima, precedida por una breve introducción demarcando las razones por las cuales se desea llevar a cabo el estudio.

El instrumento utilizado (Ver anexo II) contiene un cuerpo en el que cuenta con una columna de opciones Si, No y una columna de Observaciones, en la cual se podrán tomar notas observacionales. El propósito de que el cuidado de enfermería ayude a la persona a conseguir un alto nivel de armonía a través de una visión humanista y científica, la escuela del Caring refiere que el cuidado se inicia cuando el profesional de enfermería se introduce en el campo fenomenológico de la persona en cuanto a su situación de salud, aspectos filosóficos manifiestos en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humanizado de Jean Watson, quien plantea 10 factores del cuidado, en el denominado proceso *caritas*: (Dimensiones) (1) Formación de un sistema humanístico altruista de valores, que puede ser influenciado por enfermería, por medio de empatía, bondad, preocupación y amor. (2) Inculcación de fe y esperanza, en forma honorable y respetuosa que puede facilitar la promoción del cuidado, transformándolo en una presencia auténtica sostenida en el sistema

profundo de creencias. (3) Cultivo de la sensibilidad, para uno mismo y para los demás, permite la aceptación personal del profesional de enfermería como del paciente. (4) Desarrollo de una relación de ayuda y confianza, implica coherencia, empatía, y comunicación afectiva, siendo reales, honestos y auténticos. (5) Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos, negativos y emociones, comportamientos, pensamientos y expresiones reconociendo la situación del paciente. (6) Uso sistemático del método científico de la solución de problemas para la toma de decisiones, a través del proceso enfermero creativo, individualizado, participativo, sistemático y organizado. (7) Promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal, ofreciendo oportunidades para el crecimiento personal, a través de la experiencia de enlazar el ser con significado, para ayudarlo a adaptarse y disminuir el estrés. (8) Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual, dando fuerza y energía al ambiente no físico, reforzando la belleza, integridad, comodidad, dignidad y paz. (9) Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas (biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales) del profesional de enfermería y el paciente. (10) Permisión de fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales del cuidado y la curación, estimulando la comprensión de uno mismo y de los demás.

Elaboración del instrumento: Se generaron 36 enunciados, basándose en la evidencia teórica y empírica actualizada.

Se utilizó un instrumento ya validado, y al momento del estudio el investigador adaptó al interés del estudio, con 36 items.

Fuente de Información: La fuente de donde se obtendrá el dato será primaria, ya que la información se recabará a través del contacto directo con el objeto de estudio.

Con el instrumento, se procederá a realizar la recolección de la información, prevista para el mes agosto, septiembre y octubre del 2019, con el siguiente procedimiento: Se presentará una nota que autorice a utilizar el instrumento, la misma será dirigida a la Dirección de la Institución y al Departamento de Jefatura del Servicio de Enfermería. Para observar a los sujetos de estudio se tendrá presente el

consentimiento informado de forma escrita de las personas que formaran parte de la investigación informándoles el qué, por qué y para qué se realiza el estudio y por ende cada uno de ellos es libre de elegir su deseo o no de participar en la investigación.

Una de las formas central de registro es el cuaderno de campo, en él se registrarán absolutamente todo lo que sucede en el trabajo de campo, es tal vez el insumo más importante para el análisis; se describe acerca de las observaciones, registrando todo lo sucedido, descripciones de las personas, de los lugares, de las situaciones, de las actividades. Asimismo, el investigador o sus colaboradores hace sus propias notas sobre sus impresiones, sus reflexiones sobre lo escuchado y visto y sus notas metodológicas.

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
Cuidado Humanizado	Es toda acción y tarea que desempeña una persona no solo enfocándose en la enfermedad sino también en el sujeto; permitiendo identificar los sentimientos hacia los demás reflejándose y basándose en la necesidad del otro.	Dimensión 1: Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas	A: Trato amable
			B: Actitud del enfermero
			C: Entrega al paciente
			D: El enfermero entrega algo propio al paciente.
		Dimensión 2: Instalación de fe y esperanza	A: Preferencias religiosas o espirituales
			B: Fortalecer su fe
			C: Transmitir esperanza
		Dimensión 3: Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás	A: Relación cercana con el enfermero
			B: Empatía con la salud
			C: Comprensión de lo sentimientos del paciente
			D: Comunicación verdadera
			E: El Paciente Identifica estado del enfermero y manifiesta
			F: Conocer el estado sentimental del Paciente
		Dimensión 4: Desarrollar	A: El Paciente expresa su sentimiento
			B: Confianza mutua

una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza	C: Empatiza con el Paciente
Dimensión 5: Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos	A: Favorece que el Paciente exprese sentimientos
	B: Tiempo para que exprese emociones
	C: Aceptado por el enfermero
	D: El enfermero escucha de todo lo que dice el paciente.
Dimensión 6: Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones	A: Cuidado organizado y científico
	B: Cuidado personalizado
	C: Cuidados al Paciente por su forma de ser
Dimensión 7: Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal	A: Información y educación de los cuidados brindados
	B: Opinión a los procedimientos que les realizan
	C: Conocimiento de la razón de los cuidados
	D: Reconocimientos de la importancia de los enfermeros
Dimensión 8: Crear un entorno de apoyo o conexión mental, físico sociocultural y espiritual	A: Inclusión a la familia en los cuidados
	B: Trato digno integral
	C: Respeto a la personalidad del paciente y cuerpo
Dimensión 9: Ayudar a la	A: Satisface las necesidades físicas del paciente

		satisfacción de las necesidades humanas	B: Satisface las necesidades sociales del paciente C: Incorpora las necesidades espirituales del paciente.
		Dimensión 10: Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas.	A: Ayudar a entender condición, lugar y estado del paciente
			B: El paciente comprende el significado de su vida
			C: Comprenderse mejor así mismo

Nivel de Formación	Es el nivel educativo que prepara para una actividad profesional y capacita para el desempeño cualificado de las distintas profesiones	A: Enfermero profesional B: Licenciado en enfermería C: Magister-especialista- Doctorado
--------------------	--	--

Carga horaria Laboral	Es el tiempo durante el cual el trabajador - profesional presta sus servicios, sin que pueda exceder de los máximos legales	A: 30 horas semanales B: 30-45 horas semanales C: 45-60 horas semanales
-----------------------	---	---

Edad
Sexo

Prueba piloto.

La prueba piloto consistió en la aplicación del Check list, en un Hospital Privado, de la Ciudad de Rosario, las características de este distrito permiten tener un panorama bastante completo y participaron 4 enfermeros, fue posible evaluar el desempeño del cuestionario de manera tal que, a partir de la sistematización de las experiencias será posible mejorar la redacción del Check list, tratando de utilizar la redacción de los enunciados en castellano, ya que el mismo ya estaba convalidado y traducido al español.

Personal a cargo de la recolección de datos.

El observador se insertará 2 días antes en el servicio sin completar check- list, para poder observar las actividades de los enfermeros, y que el mismo no sea considerado un juez ante sus colegas, y con técnicas de empatía pueda insertarse en el grupo, sin que el mismo modifique sus actividades a la hora de tener un observador. Colaboran en el Check- list un grupo de enfermeros que no desarrollen actividades en áreas críticas y que ocupen cargos de gestión en otros hospitales.

Plan de análisis de datos.

Luego de la recolección de la información se procedió al almacenamiento de la información para identificar el cumplimiento del procedimiento y el correcto llenado del Check list. El procesamiento de los datos de la investigación se realizó mediante tabulación y análisis. La metodología de análisis permitió aplicar la técnica de paloteo, en donde estarán codificadas los ítems, de este modo se agruparan en sus respectivos factores. Cada uno de este grupo de factores permitirá plantear una tabla descriptiva donde se muestren las frecuencias y porcentajes de las acciones que los enfermeros realizan. Para el análisis de la información, se consideró los porcentajes alcanzado por cada ítems; estableciéndose de esta manera, como son los cuidados que brindan las enfermeras a los pacientes hospitalizados.

Los datos recolectados serán volcados a la Hoja Matriz de Datos elaborada en formato Microsoft Excel. Los resultados se presentarán en forma de gráficos y tablas

estadísticas. Se utilizará Microsoft Word para Windows para la redacción del informe.

Reconstrucción de las variables de estudio:

La escala de medición que se utilizará será la siguiente.

Variable Edad: Escala de medición de intervalos. Se caracteriza en rangos iguales y se le asignará la siguiente codificación:

- (1) 20 años a 35 años.
- (2) 36 años a 50 años.
- (3) 51 años a 65 años.
- (4) Mayor a 65 años.

Variable Sexo: Escala de medición nominal. Se le asignará la siguiente codificación.

- (1) Masculino.
- (2) Femenino.

Variable Nivel de formación: Escala de medición ordinal.

- (1) Enfermero profesional.
- (2) Licenciado en enfermería
- (3) Magister, especialista, doctorado, postgrado.

Variable Carga horaria: Escala de medición de intervalos. Se caracteriza en rangos iguales y se le asignará la siguiente codificación:

- (1) 30 a 42 horas semanales.
- (2) 43 a 54 horas semanales.
- (3) 54 a 66 horas semanales.

Reconstrucción de la variable cualitativa compleja:

Variable Cuidado humanizado: escala de medición nominal.

Tiene 10 dimensiones, de las cuales cada una posee indicadores y se codificarán de la siguiente manera:

- (1) Si
- (2) No

El instrumento consta de 36 ítems o indicadores y se encuentran agrupados por dimensiones; se puntuará (1) para la observación afirmativa y (2) para la observación negativa.

Una vez obtenida la puntuación por cada indicador se llevara a porcentajes. Se realizará un punto de corte en el cual se reflejará si el cuidado que brindan los enfermeros son humanizados o no, de la siguiente manera:

Cuidado no humanizado: 1 a 19 respuestas afirmativas.

Cuidado Humanizado: 20 a 36 respuestas afirmativas.

Plan de trabajo y cronograma de actividades.

Este tiene como finalidad presentar los resultados obtenidos y analizarlos de la siguiente manera:

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Recolección de datos									
Codificación de datos									
Análisis de datos									
Elaboración de conclusión.									
Divulgación de proyecto.									

Anexos.

Anexo I

Guía de Relevamiento/ Contexto seleccionado.

- ¿Se obtiene las autorizaciones firmadas?
- ¿Reúne mis variables de estudio?
- ¿Se obtiene mi población de estudio?
- ¿Tiene una Unidad de cuidados intensivos?
- ¿Se encuentran trabajando Licenciados, enfermeros profesional, Magister o Doctor en enfermería?
- ¿Cuál es la dotación total de enfermería asignada a la unidad, según cargo y preparación?
- ¿Cuál es la dotación diaria actual y total?
- ¿Se obtiene acceso a la planificación de horario mensual?
- ¿Cuál es el Ausentismo imprevisto?
- ¿Cuál es el número de ingresos y egresos de pacientes en la UTI?
- ¿Cuáles son las patologías más frecuentes?
- ¿Cuál es el rendimiento de la capacidad instalada? (camas útiles, índice ocupacional, giro cama, promedio días estada)
- ¿Cuáles son las edades y nivel académico del personal?
- ¿El personal realiza doble turno?
- ¿El personal realiza turnos rotativos?
- ¿Cuál es la antigüedad del personal en la sala?
- ¿Puede el personal a cargo de realizar la investigación a todos los horarios?
¿Cuál es el más conveniente?
- ¿Hay personal en Licencia Anual Obligatoria?

Anexo II.

Instrumento.

Fecha:

Nivel de Formación:

Edad:

Sexo:

Carga horaria semanal:

Instrumento percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizado			
A continuación Observar:	SI	NO	OBSERVACIONES
<u>Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas.</u>			
El paciente recibe trato amable de parte del enfermero?			
La actitud del enfermero tiene efecto positivo en el paciente?			
El enfermero al cuidar el paciente le entrega algo de si mismo?			
El paciente siente que el enfermero al cuidarlo le entrega algo propio que lo distingue de otros?			
<u>Instalación de fe y esperanza</u>			
El enfermero ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada?			
Las acciones del enfermero ayudan a fortalecer su fe?			
El enfermero al cuidarlo le transmite esperanza (formas de sentirse mejor)?			
<u>Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás</u>			
El paciente tiene una relación cercana con el enfermero?			
El enfermero se empatiza con su situación de salud?			
El enfermero sabe cómo se siente el paciente y le consulta al respecto?			
La comunicación con el enfermero es verdadera? (empatía)			
El paciente puede identificar como se siente el enfermero y manifestarlo con confianza?			
El enfermero es capaz de saber cómo se siente el paciente?			
<u>Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza</u>			
El paciente expresa al enfermero sus sentimientos?			
Se ve una confianza mutua entre el enfermero y el paciente?			
El enfermero se pone en lugar del paciente cuando le expresa lo que siente?			
<u>Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos</u>			

El enfermero favorece o permite que el paciente exprese sus sentimientos?			
El enfermero le da tiempo al paciente para que exprese sus emociones?			
Siente que el enfermero acepta lo que le pasa al paciente?			
El enfermero escucha al paciente más allá de lo que le pasa con su enfermedad?			
<u>Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones.</u>			
El cuidado brindado por el enfermero es organizado y basado en conocimientos?			
Los cuidados que se le proporcionan es diferente a las demás personas? Personalizado?			
Los procedimientos que se le brindan a los pacientes son adecuados a su forma de ser?			
<u>Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal</u>			
El enfermero ha informado o educado respecto a los cuidados que les brindo?			
El enfermero le consulta su opinión en los procedimientos que se les realizan?			
El paciente conoce la razón de los cuidados que se les brindan?			
El paciente reconoce cual es la participación del enfermero y qué importancia tiene en los cuidados otorgados?			
<u>Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual.</u>			
El enfermero ha incluido al paciente y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud?			
El enfermero ha brindado un trato digno que resguarda su integridad?			
El enfermero se dirige con respeto a la personalidad del paciente y cuerpo?			
<u>Ayudar a la satisfacción de la necesidad humana</u>			
El enfermero trabaja para satisfacer las necesidades físicas del paciente?			
El enfermero se preocupa por las necesidades sociales del paciente?			
El enfermero incorpora en los cuidados las necesidades espirituales del paciente?			
<u>Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas.</u>			
El enfermero le ayuda a entender al paciente porque este está en esa condición, lugar o estado?			

El paciente logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con el enfermero?			
El enfermero lo ayuda a comprenderse mejor así mismo y a los demás?			
Instrumento para valoración de cuidados humanizados brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Alicia hermosilia Avila. Rodolfo Mendoza Llanos. Y Soña Contreras. INDEX enferm. Vol. 25 n°4 Granada Oct./Dic.2016.			

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Nombre del investigador: Gabriel Alfredo Astorga.

Usted ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación, antes de que decida participar voluntariamente lea cuidadosamente este consentimiento informado, haga todas las preguntas que tenga para que le quede claro el procedimiento de la investigación.

El objetivo de la investigación es conocer la relación que existe entre la edad, el sexo, el nivel de formación y la carga horaria laboral con los cuidados humanizados que brinda el personal de enfermería a los pacientes que transitan hospitalización en unidad de cuidados intensivo, de los hospitales públicos de la ciudad de Rosario.

La investigación es completamente involuntaria, usted puede participar y decidir si en algún momento desea abandonar el mismo. Para esta investigación se tendrá en cuenta a los enfermeros asistenciales de una unidad de cuidados intensivos.

Se asistirá al servicio por lo menos dos veces por semana y se hará una observación directa durante las intervenciones a los pacientes hospitalizados.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar de este proyecto de investigación, su contribución ayudará al desarrollo científico.

La información que usted proporcionará durante el proyecto de investigación no será revelada a ninguna persona bajo ninguna circunstancia. Los resultados de la investigación podrán ser publicados pero la identidad suya no será divulgada.

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin embargo, los datos obtenidos hasta entonces seguirán siendo parte de la investigación a menos que usted solicite que sus datos e información sean borrados.

Yo,, con DNI:,
Certifico que he sido informado/a con la claridad debida acerca del proyecto de investigación que fui convocado e invitado a participar, que actuó libre y voluntariamente como colaborador. Soy conocedor/ a de la autonomía que tengo de retirarme u oponerme a la investigación cuando lo crea conveniente.

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo la ayuda que puedo brindar para la investigación como también que puedo decidir no participar durante la investigación.

Firma:.....

Aclaración:.....

Fecha: /...../.....

Anexo III.

Resultado del estudio exploratorio según respuestas obtenidas de la guía de relevamiento.

Hospital Provincial: El Hospital cuenta con la población de estudio del personal de enfermería que desarrolla actividades en una unidad de cuidados intensivos ubicada en el primer piso del Hospital, actualmente trabajan licenciados, enfermeros profesionales y dos magister, cuenta con una dotación de 32 personas, actualmente la dotación diaria es de 5 enfermeros y en el turno noche de 4 enfermeros, cuenta con un giro cama ágil, y con una patología más frecuente de post-operatorios y sepsis, actualmente cuenta con 8 camas hábiles, el personal tiene una población adulto joven y maduro. En alta demanda generalmente el personal trabaja con mayores cargas horarias, realizan turnos rotativos y cuentan con una antigüedad variada, ya que hubo un ingreso de una población que concurso hace poco tiempo. Generalmente los turnos de la mañana y tarde son los turnos más disponibles para poder realizar el estudio; han comenzado las licencias anuales obligatorias en octubre.

Hospital Centenario: El Hospital cuenta con la población de estudio; actualmente trabajan licenciados que se encuentran algunos realizando especialidad en cuidados intensivos y una Licenciada realizando un magister, enfermeros profesionales y un magister del personal de enfermería que desarrolla actividades en una unidad de cuidados intensivos ubicada en el primer piso del Hospital, cuenta con una dotación de 30 personas, actualmente la dotación diaria es de 6 enfermeros y en el turno noche de 4 enfermeros, cuenta con un giro cama rápido, y con una patología más frecuente de politraumatismos y post-operatorios, actualmente cuenta con 12 camas hábiles, el personal tiene una población adulto joven y maduro. Realizan turnos rotativos y cuentan con una antigüedad variada, se inauguró una nueva sala hace poco y se redistribuyó mucho el personal. No hay dificultades para realizar el estudio; es real que por la mañana y tarde la sala se encuentra con mucho personal sanitario, ya han comenzado las licencias anuales obligatorias en octubre.

Hospital HECA: El Hospital cuenta con la población de estudio del personal de enfermería que desarrolla actividades en una unidad de cuidados intensivos ubicada en el primer piso del Hospital, actualmente trabajan licenciados, enfermeros profesionales. Con respecto a este sitio, se procede a la desestimación del mismo ya que no se obtiene la autorización firmada para su realización, por motivos de desconocimientos, con temor a implicancias legales algunas por partes de las jefaturas y por procedimientos protocolares institucionales que no permiten su realización.

Anexo IV:

Resultado de la prueba piloto del instrumento:

La prueba piloto consistió en la aplicación del Check list, que contempla los 36 ítems, con el fin de evaluar diversos aspectos importantes de redacción, comprensión y otros, vitales para el mejoramiento del diseño de la misma.

La prueba se llevó a cabo en el Hospital Provincial, las características de este distrito permiten tener un panorama bastante completo y posibilitan observar varios de los escenarios que se podrían presentar en el estudio.

Participaron 4 enfermeros, y se logró cumplir con los objetivos propuestos, de manera que se logró evaluar el Check list, medir el tiempo de duración de la misma. Fue posible evaluar el desempeño del cuestionario de manera tal que, a partir de la sistematización de las experiencias será posible mejorar la redacción del Check list, tratando de utilizar la redacción de los enunciados en castellano, ya que el mismo ya estaba convalidado y traducido al español.

En la validación de contenidos se consultaron a profesionales de enfermería, que desempeñaran funciones relacionadas con la educación sanitaria y profesionales que desempeñan gestión en unidad de cuidados intensivos y participan en un movimiento de humanización de los cuidados intensivos y recibieron una opinión favorable en todos los casos.

Los análisis de legibilidad de las versiones en castellano en el Check list revelaron resultados óptimos, encontrándose mejores resultados para la interpretación de los ítems.

En la prueba piloto se obtuvieron datos y se analizaron diciendo que: 1 era hombre y 3 mujeres. La edad promedio era de 35, 05 años. En lo referente al nivel de estudios, el 75% poseía estudios universitarios de grado (Lic. En enfermería) y 25 % título universitario de pregrado. Con una carga horaria semanal de 30 hs., pudiendo decir que pudieron interpretarlos distintos profesionales y de distintas edad.

El objetivo fue probar la factibilidad de la observación de los ítems, condiciones de aplicación y claridad de los ítems al ser leídos por cada enfermera, con el fin de identificar y eliminar de la prueba final posibles variables confusas.

Bibliografía

- Álvarez, A. I. (2010). Hacia nuevos modlos de atención y gestión en salud. Algunos puntos de partida. *Tesis en maestría en epidemiología. Gestión y políticas de salud, UNLa. "Prácticas y saberes en enfermería en el modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria de la salud. Secretaria de Salud Pública municipal de Rosario.*
- Bermejo, D. J. (2017). Humanización y relación. 1-3.
- Carrasco, D. O. (20015). Origen y desarrollo histórico de la medicina y unidades d cuidados intnsivos en Bolivia. *Rev. Médica La Paz. Vol. 21 No 2.*
- Collière. (1993). *Promover la vida.* Madrid: MC Graw- Hill.
- Cowling, W. R.-B.-B., Smith, M. C.-B., & Watson, J. P.-B. (2008). El poder de la integridad , la conciencia y el cuidado Un diálogo sobre ciencia, arte y curación en enfermería. *Avances en ciencias de enfermería, Volumen 31 - Número 1 - p 41 -51.*
- Cruz, D. R. (Vol. 60 1992). Definición- Desarrollo Histórico- Utilización de sus recursos. Medicina Interna y las Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Medica Hondureña, 49- 52.*
- Durbán, J. C. (2013). El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. 3-7.
- Durbán., J. C. (2013). El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. 1-20.
- Hernández, D. R. (2015). *Evolución d los cuidados de Enfemeria en la UMI.* Logroño.: Universidad Nacional de La Rioja. Servicios de publicaciones.
- López, D. A. (2006). *Terapia Intensiva. Vol. II. .* La Habana: Ciencias Médicas.
- Machín, E. I. (2015). Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista cubana de enfermería, 3.*
- Margarita Poblete Troncoso, S. V. (2007;20). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm, 499_ 503.*
- Mirta Roses, D. d., & Martín Santiago Herrero, R. d. (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros.* Buenos Aires, Argentina.
- Pera, M. C. (2015 (38) 2). El modelo Watson para u cambio de paradigmas en los uidados enfermeros. *ROL enfermería, 123-128.*
- Rebollo, M. L. (2017. 3 Edición). *Historia de la enfermería: Evolución historica del cuidado enfermero.* Elsevier Health Sciences.
- Rosa Guerrero- Ramirez, M. E.-L.-R. (2016;9). Cuidado humanizado en enfermería segun la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. *Rev. Enf. Herediana, 133-142.*
- Sampieri, R. H. (1998). *Metodología de la Investigación.* Colombia.: Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial.

Sanidad, C. d. (2016). *Plan estratégico de Humaización de la Asistencia Sanitaria 2016- 2019*. Madrid.

Serna, M. d. (2017). *Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado*. lima- Perú.

Social, M. d. (2016). *Programa Nacional de Formación en Enfermería (PRONAFE)*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/enfermeria/pronafe>

Torres, D. M. (2009). ¿ Qué es hhumanizar la salud? *Bioética*, 28.