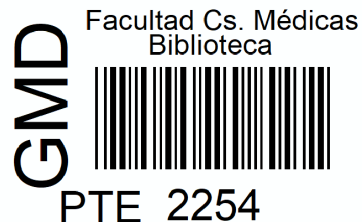


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Percepción del cuidado humanizado de los pacientes internados según tipo de servicio y experiencia previa de internación en un hospital privado de la ciudad Rosario

Por: Enf. Rivero, Ernesto Rafael
Director: Lic. Carla, Mattio
Docente Asesor: Lic. Acosta, Simon

Rosario, 21 de noviembre de 2019

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

*"Es mejor saber después de haber
pensado y discutido que aceptar
los saberes que nadie discute para
no tener que pensar"*

Fernando Savater

Agradecimientos:

En este proceso de aprendizaje, donde todo se ve cuesta arriba y lleno de obstáculos, que por momentos parecen insondables, donde ha primado momentos de decepción, la falta de entereza para continuar, donde he tenido que pasar momentos muy duros como pérdidas de seres queridos, estuvieron presentes ellos, mis hijos, mi familia, mis colegas, mis amigos, que no permitieron bajo ningún concepto que uno pudiera bajar los brazos por ello mi agradecimiento.

A mi compañera por 25 años, siendo mi cimiento, mi pilar, mi sostén, y colaboró y estuvo en todas las etapas de mi vida apostando a mi crecimiento personal y a quien soy hoy en día, gracias.

Por los estímulos recibidos, por los conocimientos transferidos por la paciencia que han tenido, a mis profesores, gracias

Por el decirme no quiero molestar, no te distraigas, dale vos podes, por la confianza, por el amor, por las ganas que pones en que me reciba, por comprender que pasabas a segundo plano por este proyecto, gracias amor.

Resumen:

El cuidado humanizado se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador.

El objetivo del estudio será determinar la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado que poseen los pacientes internados, según edad, sexo, tipo de servicio y experiencias previas de internación en un hospital privado de la ciudad de Rosario, entre los meses de enero a febrero de 2020.

Será un estudio de corte transversal, ya que las variables se estudiarán en un tiempo acotado por el investigador realizando una única medición, será descriptivo ya que tendrá como objeto determinar la situación de las variables que se estarán estudiando en una población específica; se describirá lo que estará pasando en un lugar y tiempo determinado y prospectivo, donde la recolección de los datos será según vayan transcurriendo los hechos, se realizará mediante una encuesta, utilizando como instrumento el cuestionario “percepción del cuidado humanizado”, de Jean Watson. La población en estudio serán los pacientes internados en los diferentes tipos de servicios de la Institución Privada.

Se aplicará estadística descriptiva bivariada con representación gráfica de las variables mediante, histogramas, sectores circulares y grafico de barras.

Palabras clave:

Percepción del cuidado humanizado, Pacientes internados, Tipos de Servicios de Internación, Experiencia previa de internación.

INDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y Palabras Clave	3
Índice General	4
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	8
Hipótesis y objetivos	9
Marco Teórico	10
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	37
Sitio o contexto de la investigación	37
Población y Muestra	37
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	38
Personal a cargo de la recolección de datos	42
Plan de análisis	43
Plan de trabajo y Cronograma	46
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	48
II. Instrumento de recolección de datos	49
III. Resultados del estudio exploratorio	53
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento	54
Bibliografía	55

Introducción

Hoy en día el avance tecnológico y científico que no cesa difiere de antaño de manera sustancial, donde la manera de restablecer la salud humana estaba centrada en la calidez, la comunicación, la puesta en práctica de la empatía, de ver al otro como objeto de cuidado. En habidas cuentas la recuperación de la salud de los sujetos era en base a la humanización dispuesta. En nuestros tiempos, es tan importante el soporte técnico-farmacológico como el soporte humanizado en el cuidado, el cual puesto en práctica es la mejor medicina tanto preventiva como promotora en la recuperación plena de todas las facultades del individuo donde radica su importancia.

El Cuidado Humanizado es una necesidad que urge en la práctica profesional, y esto se evidencia en las políticas, disposiciones, normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda. Jean Watson en su teoría sobre el cuidado sostiene que el mismo es transpersonal, lo que le da una forma singular que aborda el enfermero, “una clase especial de cuidado humano”, que depende del compromiso moral de la enfermera, lo que conlleva a diferentes estudios realizados en diferentes Instituciones de distintas regiones de habla hispana donde cambian los protagonistas y la óptica de abordaje sobre la percepción que posee cada actor sobre el cuidado humanizado. (Guerrero & Ramírez, 2016)

Este tema fue utilizado como factor para diferentes estudios desde diferentes posturas en pos de medir su percepción, pero también el mismo representa un desafío para el profesional de enfermería. El cuidado es la esencia de la enfermería, cuyos sujetos de atención son las personas, consideradas como seres pluridimensionales, es decir, que integran varias dimensiones: cognitiva, emotiva, afectiva, social, relacional, ética y espiritual. Son seres plurielacionales porque establecen relaciones con su entorno y con las demás personas con las que interactúan, quienes esperan que le brinden un cuidado holístico y humano. Por lo tanto, es importante desarrollar o potenciar en el profesional de enfermería ciertas habilidades que permitan ser mejores seres humanos para estar en capacidad de cuidar en medio de factores que puedan influir negativamente en el desempeño de su rol; entre ellas se resaltan: respetar la dignidad humana, cuidar con empatía, escuchar activamente, comunicación efectiva y afectiva, contacto visual y escuchar activamente. Por ello es importante que el profesional de enfermería reflexione sobre la práctica del cuidado que realiza, si la rutina lo ha llevado

a perder la humanidad actuando de forma fría, distante y mecánica para hacer acciones sobre los demás, o tiene como eje central de su cuidado a las personas; de igual manera no es fácil ofrecer un cuidado humanizado dado que el profesional de enfermería se enfrenta con grandes obstáculos al ejercer su profesión, como entornos marcados por numerosas exigencias de tipo administrativo, escasez de recursos humanos y materiales, lo que se convierte en un gran desafío al ejercer su rol. (Vanegas, 2017)

En la Clínica Country de la ciudad de Bogotá, Colombia, se realizó un estudio cuyo fin fue describir la percepción de los comportamientos del cuidado humanizado brindados por el personal de enfermería a la persona hospitalizada y a sus cuidadores familiares. Para el desarrollo de la investigación se empleó un diseño transversal, descriptivo, exploratorio con abordaje cuantitativo; la población en estudio correspondió a las personas hospitalizadas en los diferentes servicios de la mencionada clínica. Se realizó un muestreo sobre un total de 274 personas, de las cuales 137 corresponden a sujetos de atención y 137 a padres o familiares cuidadores de estos. El instrumento utilizado PCHE (Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería) arroja los siguientes resultados en cuanto a la percepción global de los comportamientos de cuidado de enfermería, el 86,86 % de las personas hospitalizadas siempre los perciben, el 12,04 % casi siempre, el 1,09 % algunas veces y ninguna de las personas hospitalizadas dejó de percibir estos comportamientos. Estos resultados son importantes porque contribuyen a generar conocimiento respecto a las necesidades de cuidado de nuestros usuarios, lo que implica para el profesional de enfermería, el diseño y operacionalización de una propuesta orientada al desarrollo profesional que permita potencializar aquellos comportamientos de cuidado y fortalecer aquellos que fueron percibidos en menor medida. (Triana, 2007)

Por contrapartida en el servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión de la Ciudad de Lima, Perú, el objetivo de estudio fue determinar el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de medicina en un total de 49 enfermeras. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. El instrumento utilizado es un cuestionario, a través de la escala de medición del cuidado humano transpersonal basado en la teoría de Watson J; para el análisis de los resultados se utilizó la escala de estanino en la cual el investigador se agrupó en tres estándares: bajo, regular y alto, dando como resultado que el 52 % brinda un cuidado humanizado regular, mientras que el 26 % brinda un cuidado alto y un 22 % un cuidado

bajo. Este resultado a su vez tuvo su parangón con otros trabajos de diferentes instituciones lo que permitió deducir que el cuidado humanizado es percibido por el paciente y familiar lo que compromete el fortalecimiento de la relación enfermero-paciente, ayudando a afianzar la confianza de forma significativa en el usuario para que los conocimientos que impartimos en los cuidados sean percibidos en el sujeto como beneficioso para asumirlo en su vida cotidiana. En otro sentido del mismo tenor, pero enfocado desde la óptica de los pacientes hospitalizados en una Institución de salud pública de III y IV nivel de complejidad, en sus diferentes servicios de la localidad de Cartagena, Colombia, donde participaron 132 sujetos de atención que permanecieron internados más de 72 horas por un tiempo promedio de hospitalización de 11,5 días y contaban con más de 18 años. Este trabajo corresponde a una investigación descriptiva y transversal. Se utilizaron dos encuestas, una que evaluó aspectos sociodemográficos de las personas objeto de estudio y otra evaluó la percepción del cuidado humanizado, se utilizó el instrumento PCHE, lo que dio como resultado que el 55,4 % considero como siempre, 35 % casi siempre, 7,9 % algunas veces y nunca 1,7 % percibieron el cuidado humanizado y llevó a la conclusión que los pacientes hospitalizados, experimentaron una excelente y buena percepción del cuidado humanizado brindado por las enfermeras. Se demuestra así, la importancia que tiene la razón de ser de la enfermería como disciplina e ideal moral; el cuidado es complejo, multidimensional, subjetivo, pero se hace visible cuando se es enseñado, aprendido y en el trabajo diario de la asistencia. (Guerrero & Ramírez, 2016)

Cobra sentido conocer también la percepción de cuidado humanizado que posee el profesional enfermero de la Unidad de Emergencias de un hospital general en la ciudad de Quillota, Chile, por lo que se procedió a entrevistar a cuatro profesionales enfermeros. Esta investigación se adhiere a una corriente cualitativa de tipo fenomenológica, por lo que busca otorgarles un significado a las vivencias experimentadas, identificar la naturaleza de las relaciones interpersonales y comportamientos humanos, desde el punto de vista de estos mismos, utilizando la entrevista como herramienta para obtener la información. Desde la mirada de los informantes las respuestas a estos interrogantes dieron como resultado conceptos que describen el cuidado humanizado, identificándolo como un cuidado integral, que debe incluir a la familia del sujeto de atención y debe regirse por principios bioéticos. Esta representa limitaciones y facilidades percibidas dentro del ámbito laboral para llevar a cabo este cuidado y los sentimientos que surgían al respecto, por lo tanto, la persona

que se desempeñe en los servicios de emergencia debe tener vocación, optimismos y tomar su labor como desafío, siendo los cuidados humanizados en enfermería una fortaleza presente en toda la atención, por lo mismo, el personal de Emergencia deber ser continuamente capacitado. (Ladman Navarro & Canales Gomez, 2014)

Ante lo expuesto el propósito del presente proyecto de investigación es adquirir conocimientos sobre la percepción del cuidado humanizado que poseen los usuarios en estudio a los fines de poder compartir los mismos con la Institución y así poder implementar estrategias para formar un sistema de valores humanísticos y altruistas tendiente a mejorar la apreciación que se tiene sobre los cuidados brindados. De esta forma nos permitirá mejorar la atención e implementar nuevas estrategias para que los profesionales de enfermería brinden un cuidado humanizado, fortaleciendo la profesión en el cuidado holístico.

De esta forma se plantea el siguiente problema para el presente proyecto de investigación: ¿Qué relación existe entre la percepción del cuidado humanizado que poseen los pacientes internados, según edad, sexo, tipo de servicio y experiencias previas de internación en un hospital privado de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe de la República Argentina entre los meses de enero a febrero de 2020?

Hipótesis:

- Las áreas críticas producen una mala percepción del cuidado humanizado con respecto a las salas abiertas
- Los usuarios de mayor edad y sexo femenino poseen una percepción buena sobre el cuidado humanizado en comparación con el sexo masculino.
- Los usuarios con experiencia previa en internación poseen una percepción regular sobre los cuidados humanizados.

El objetivo general planteado buscará determinar la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado que poseen los pacientes internados, según edad, sexo, tipo de servicio y experiencias previas de internación en un hospital privado de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe de la República Argentina entre los meses de enero a febrero de 2020.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar la formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas en el cuidado humanizado.
- ✓ Determinar la instalación de fe y esperanza en el cuidado humanizado.
- ✓ Identificar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.

- ✓ Identificar el desarrollo de ayuda y confianza del Cuidado humano de los usuarios de los diferentes servicios.
- ✓ Identificar la expresión de sentimientos positivo y negativos en los pacientes internados en las diferentes áreas.
- ✓ Identificar el uso sistemático del método científico para la solución de problemas y toma de decisiones para el bien de los usuarios.
- ✓ Identificar la enseñanza y aprendizaje transpersonal de los sujetos de atención internados en los diferentes servicios.
- ✓ Describir una conexión mental, física, sociocultural y espiritual de los usuarios internados de los diferentes servicios.
- ✓ Identificar la satisfacción de las necesidades humanas de los usuarios.
- ✓ Determinar la aceptación de fuerzas existenciales y fenomenológica que conllevan a las condiciones reinantes de los sujetos de atención internados en los diferentes servicios.

Marco teórico:

Todo paciente que pasa por un proceso de internación, ya sea en área crítica o sala general experimenta diferentes situaciones y vivencias que varían de acuerdo a su percepción de todo el contexto. Esta será única y pertenecerá a cada individuo por lo que se sustentará a continuación dicha impresión sobre el cuidado humanizado.

La percepción es uno de los temas inaugurales de la psicología como ciencia y ha sido objeto de diferentes intentos de explicación. Existe consenso científico en considerar al movimiento Gestalt como uno de los esfuerzos más sistemáticos y fecundos en la producción de sus principios explicativos. El movimiento Gestalt, nació en Alemania bajo la autoría de los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler, durante las primeras décadas del siglo XX. Estos autores consideran la percepción como el proceso fundamental de la actividad mental, y suponen que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual. El contexto histórico dentro del cual se desarrollan sus estudios tiene un importante significado para la comprensión de sus aportes. En los comienzos del siglo XX la fisiología había alcanzado un lugar importante dentro de la explicación psicológica. Suponía que todo hecho psíquico se encontraba precedido y acompañado por un determinado tipo de actividad orgánica. La percepción era entendida como el resultado de procesos corporales como la actividad sensorial. El énfasis investigativo se ubicó en la caracterización de los canales sensoriales de la visión, el tacto, el gusto, la audición, etc. La psicofisiología definía la percepción como una actividad cerebral de complejidad creciente impulsada por la transformación de un órgano sensorial específico, como la visión o el tacto. La Gestalt realizó una revolución copernicana en psicología al plantear la percepción como el proceso inicial de la actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales. Su teoría, arraigada en la tradición filosófica de Kant, consideró la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes.

El primer supuesto básico desarrollado por la Gestalt es la afirmación de que la actividad mental no es una copia idéntica del mundo percibido. Contrariamente define la percepción como un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consiente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el

mundo circundante. Se puede afirmar que, de la enorme cantidad de datos arrojados por la experiencia sensorial (luz, calor, sonido, impresión táctil, etc.), los sujetos perceptuales toman tan sólo aquella información susceptible de ser agrupada en la conciencia para generar una representación mental. La percepción, según la Gestalt, no está sometida a la información proveniente de los órganos sensoriales, sino que es la encargada de regular y modular la sensorialidad. El hecho de recibir de manera indiscriminada datos de la realidad implicaría una constante perplejidad en el sujeto, quien tendría que estar volcado sobre el inmenso volumen de estímulos que ofrece el contacto con el ambiente. La Gestalt definió la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc.). (Oviedo, 2004)

La percepción del individuo se asocia al momento o etapa del presente que le toca vivir al estar en una sala de internación. Lo vincula con el cuidado humano que recibe, y si hablamos de cuidado toma importancia la influencia que tuvo las ideas de Milton Mayerhoff que dice: “Cuidar de otro es ayudarlo a crecer, no importa que el otro sea persona, una idea, un ideal, una obra de arte o una comunidad”. Por ejemplo, la principal tarea de una madre o un padre es favorecer el crecimiento de los hijos según su propio camino. La relación de cuidado es mutua: los padres se sienten necesitados por los hijos y les ayudan a crecer respondiendo a su necesidad de crecimiento, y a su vez, los padres perciben el crecimiento de los hijos como un sentimiento de bienestar. Según Mayerhoff, es ante todo, un proceso, no una serie de servicios orientados por metas. Supone una sede de virtudes: dedicación, confianza, paciencia, humildad, honestidad y conocimiento del otro, respeto al proceso del otro, esperanza y valentía. El conocimiento implica la capacidad de sentir desde los “zapatos del otro” aquello que experimenta y necesita para crecer. La dedicación que da firmeza y carácter particular al cuidado de una persona particular, implica estar ahí para el otro, con valentía y consistencia, y así las demás virtudes acorde a la sensibilidad del momento, Mayerhoff afirma que el cuidado pide confiar en el crecimiento del otro a su tiempo y a su manera. Esto va contra toda forma de paternalismo o contra el querer que el paciente asuma nuestro ritmo o expectativas. El cuidado pide reconocer al paciente como autónomo y respetar su modo de pensar y actuar, aunque no vaya con las expectativas del cuerpo médico. (Moreno, 2000)

Sin embargo, el equipo de salud se enfrenta a un ambiente de alto nivel tecnológico que demanda el desarrollo de competencias cognitivas, habilidades prácticas y responsabilidades profesionales que en ocasiones llevan a enfermería a abordar las necesidades del paciente de una manera técnica, generalizada y poco sensible. Esto convierte el proceso patológico en el objetivo prioritario, requiriendo dar un cambio hacia la humanización e implementando proyectos de humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIS). El riesgo de deshumanización es elevado, además, el profesional se enfrenta a sobrecarga laboral, tecnología de punta, ejecución de tareas complejas, estrés y creación de emociones defensivas durante el cuidado del paciente de alta complejidad, lo que genera en el paciente: despersonalización y vulneración de derechos (como la confidencialidad y la privacidad), incongruencia entre la comunicación verbal y no verbal, y en enfermería: dificultades en la realización profesional, sobrecarga de trabajo, cansancio emocional, pérdida gradual de empatía. Los estudios realizados en la UCI adulto muestran que la humanización debe incluir la habilidad para comunicarse con empatía. Sin embargo, el frecuente uso de la tecnología en estos espacios ha hecho que los profesionales en salud orienten su atención a la toma de decisiones constantes, y a la introducción continua de conocimientos e intervenciones relacionados con la tecnología, ya que se considera esta una herramienta que otorga resultados favorables y significativos que mejoran los índices de sobrevivencia y disminuyen la mortalidad en las UCIS. Ese hecho hace que el profesional de enfermería experimente impotencia, abatimiento y carga emocional. Lo anterior afecta las relaciones interpersonales, a tal punto que la/el enfermera/o evite la interacción y trato con los pacientes o los deshumanice, al verlos simplemente como tareas por cumplir. Por tanto, es importante reconocer que los indicadores tecnológicos son ideales para la calidad del tratamiento y plan médico, pero no para la relación e interacción con la persona que debe ocupar el primer lugar. La tecnología dura puede monitorear el funcionamiento del cuerpo, pero no el funcionamiento de la persona, sus emociones, respuestas ni su espíritu, como sí lo podría hacer el/la enfermero/a al garantizar un ambiente agradable y de confianza y al satisfacer las necesidades de la persona que está hospitalizada en la UCI y de su familia. Por lo tanto La Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) adulto es un entorno con tecnología avanzada en donde convergen profesionales de la salud y pacientes, y tiende a romper la conexión de la persona con su entorno, lo que conlleva, a que ésta dependa de un cuidado humanizado como eje central, por lo que la percepción del paciente está influenciada

por la relación interpersonal con el equipo de salud, las necesidades satisfechas y las expectativas alcanzadas durante el proceso de hospitalización. (Joven Zuli & Guáqueta Parada, 2019)

En la literatura de enfermería, los estudios realizados en las unidades de cuidados intensivos y quirófanos, evidencian una dualidad en el uso de la tecnología, y los debates establecidos han hecho pensar a muchos profesionales de diversas maneras; para Neto cuando la tecnología sobrepasa el límite de los valores personales, busca solo maximizar resultados, ser el centro de atención desplazando así a las personas, se pierde el sentido de los procesos de atención y la calidez humana desaparece dando como resultado un trato frío, deshumanizado, vulnerando así la dignidad humana.

En las áreas profesionales al igual que en las domésticas, la tecnología está presente, no escapando a ello la enfermería quien, desde sus inicios, ha estado inexorablemente unida a ella al utilizar una variedad de instrumentos, herramientas y máquinas como termómetros, monitores, bombas de infusión, haciendo imposible concebir su práctica clínica sin ésta. El uso de la tecnología como parte integral del cuidado, ha sido planteado por varios autores, donde las enfermeras reconocen la competencia tecnológica como un atributo deseable pero no sustituto del cuidado. Sobre esto existen diferentes posturas, una de ellas es que la tecnología pasa a ser un obstáculo ya que quita tiempo para que las enfermeras puedan estar con las personas siendo este el motivo por el cual no puedan cuidar mejor a los pacientes; otro punto de vista expone que la tecnología interfiere de una u otra forma en el accionar de las enfermeras para alcanzar sus objetivos individuales y socaba los principios de la práctica de la enfermería, esto, se debe a que en ocasiones las rutinas de las enfermeras en las unidades han llegado a ser tan orientadas a la máquina, que ya no permiten cuidar de los pacientes, debido a que la mayoría de las actividades se centran en los ventiladores, los monitores cardíacos o en el diligenciamiento de la documentación que de una u otra forma impide cuidar al paciente. Viendo la tecnología en dos sentidos, puede acercar el paciente a las enfermeras porque mejora el conocimiento de la persona cuidada y también puede aumentar la brecha entre el personal de salud, una enfermera y el paciente, a causa del descrédito inconsciente del paciente como persona. Mientras que la tecnología se convierte en un trabajo familiar para las enfermeras, puede contribuir a la alienación de pacientes para quienes,

quizás, ese mundo es desconocido. Otras posturas relacionadas con el uso de la tecnología al servicio del cuidado de enfermería, se resume en las siguientes posiciones: una afirma que la tecnología se convierte en la protagonista que organiza, combina, armoniza, acopla y regula lo cultural, ético, profesional, político, humano y social; desde otro punto de vista la tecnología de la salud genera mayor supervivencia y es una herramienta que mejora la calidad de la vida humana; para otros autores el colectivo enfermero reconoce los efectos positivos de los equipos con respecto al cuidado del paciente y la práctica clínica. La tecnología de la información puede desempeñar un papel clave en la solución de algunos problemas de globalización si se puede conseguir la ubicuidad, la tecnología puede salvar la vida de los pacientes críticamente enfermos; además, permite contar con profesionales en enfermería experimentados que en cualquier momento pueden acercarse a sus pacientes o familiares ya sea porque pueden viajar o comunicarse por otros medios como el computador.

Por otra parte, si bien se sabe que la tecnología trae grandes descubrimientos y avances en las ciencias clínicas: "...en el campo de la curación de enfermedades y patologías congénitas...las vacunas, la telefonía móvil, el ADN, el personal de enfermería a medida que avanza en conocimientos tecnológicos, podría alejarse de una manera abrupta de las acciones de cuidado, viéndose afectadas las relaciones entre las personas, particularmente, la interacción enfermera-paciente. El sujeto podría quedar en un estado de ambigüedad haciendo que sus relaciones con los profesionales estén mediadas por lo tecnológico. En la actualidad el consumismo por el hecho de pertenecer y de las que no quedan al margen las tecnologías, interfieren en las comunicaciones interpersonales llevando al individualismo lo que hace que las relaciones humanas se deterioren. Al tener en cuenta la mediación de la tecnología en la interacción se podría establecer que el sujeto atendido no obtiene ningún tipo de respuesta (las máquinas no le dicen lo que necesita o lo que tiene, entre otras) a sus interrogantes por parte de la tecnología, pero igual, ésta puede determinar la comunicación entre la enfermera y el paciente por un sistema electrónico de datos arrojados. Esto podría traducirse en un distanciamiento interpersonal, puesto que no existiría una comunicación enfermera -paciente si no fuera mediada por los datos obtenidos, lo que conllevaría a que la interacción fuese de tipo indirecta. En contra posición, los elementos tecnológicos y su codificación permitirían al personal de enfermería acercarse al paciente cuando él o su familia interroguen al personal, por no

conocer los elementos tecnológicos, acerca de su estado de salud o el uso de las mismas herramientas tecnológicas, lo que haría que la tecnología sea un medio en la interacción enfermera -paciente. En el ámbito asistencial, igualmente podría verse influenciada la relación enfermera -paciente por causa del uso de la tecnología puesto que, por una parte, los elementos tecnológicos podrían ser considerados como fundamentales en el cuidado, enfocándose en la herramienta técnica y no en el paciente; esta aseveración llevaría a argumentar que desde el ámbito humano se tecnificaría la atención. Por otra parte, los insumos tecnológicos podrían considerarse igualmente importantes en el cuidado como facilitadores de procesos, lo que haría que la enfermera dispusiera de mayor tiempo para enfocarse en el cuidado del paciente, para que la atención sea integral y personalizada.

Con lo anterior se puede colegir que, aunque todavía no se comprende a ciencia cierta el papel que ejerce la tecnología en la enfermería y, aunque algunos la referencian como un cuidado de la disciplina, o como técnicas o instrumentos utilizados para facilitar o dificultar la labor de enfermería, no se puede desconocer que en la actualidad toda profesión conocida usa de una u otra forma a la tecnología, como medio para acceder a nuevas fuentes de conocimiento y utilizarlas en beneficio de la evolución de su disciplina. La enfermería al igual que otras disciplinas, busca evolucionar e ir a la par con el contexto actual en el que se desenvuelve. La tecnología se define como: tecnología dura, es decir, aquella que involucra los procesos de fabricación y materiales tecnificados (bolígrafos, termómetros, tensiómetros, entre otros); máquinas o aparatos mecánicos que ejercen la acción de movimientos; y artefactos eléctricos y electrónicos (dispositivos de información y de cómputo, enlazados por redes que permiten la interacción: rayos X, monitores, telecomunicaciones, entre otras; y como tecnología blanda, es la que está constituida en base al conocimiento y experiencia científica, en síntesis, los procesos desarrollados por el cerebro humano. Todo cambio genera un impacto; esto es precisamente lo que ha hecho la tecnología en nuestra profesión, la ha impactado de una manera significativa. Para algunos lleva a la enfermería hacia una nueva era, hace que en las actividades cotidianas de las enfermeras y sus relaciones se produzca una influencia lógica en las prácticas de enfermería, permite el acceso a nuevos conocimientos y cambia las interacciones entre los actores principales del cuidado; estos cambios a veces no se aprecian con claridad, pero es evidente que producen impacto en la práctica profesional. Es de enfatizar, que algunos estudios muestran claramente que el debate optimista-pesimista del uso de la

tecnología en la enfermería está lejos de resolverse, ya que se tienen distintas percepciones de las ventajas y desventajas del uso correcto de ésta en los procesos de enfermería. Sin embargo, el hecho de que pueda disminuir la interacción enfermera - paciente por el uso de la tecnología, se haría necesario establecer una forma que permitiera usarla correctamente para no afectar el cuidado adecuado que debe ser brindado por el personal de enfermería; o si por el contrario aumenta la interacción enfermera-paciente, haría necesario que sean difundidas y conocidas por las enfermeras que trabajan en los diferentes servicios de un hospital. Aunque la tecnología que se usa en los servicios de salud trae consigo soluciones a problemas vitales de los pacientes, debe tenerse en cuenta otro elemento importante, su uso mercantilista. Este interés a veces podría impedir que se desarrolle efectiva y eficientemente la tecnología, y teniendo en cuenta todas sus implicancias en los entornos en los que se supone beneficiarán a las personas.

Diferentes autores han insistido en la necesidad de una comprensión de las relaciones entre la tecnología y las experiencias de los individuos y los grupos de enfermería, sus criterios y orientación conceptual para la práctica de enfermería y su desarrollo filosófico. Estos autores presentan una compilación progresiva de investigaciones de enfermería que destacan la tecnología como un foco de atención y la necesidad de pensar, encontrarle sentido cada vez más evidente en el desarrollo de la práctica y en la dirección futura de la profesión. La tarea de entender la tecnología en la disciplina es a la vez importante y difícil debido a la ubicuidad en su uso. Ella está en todos los componentes como parte de la práctica, sin embargo, no siempre se ha sido consciente de ello y ni ha sido asunto de reflexión en muchos contextos, a pesar de ser testigos de los avances importantes en la tecnología y en la ciencia.

Por último, la tecnología influencia nuestra percepción y comprensión de la realidad y plantea cuestiones que llevan a pensar si los seres humanos son los responsables de determinar o manipular pensamientos de su especie y las decisiones que toman. Por tanto, la enfermería contemporánea se beneficiará de la investigación sobre la relación tecnología/enfermería y permitirá ampliar la comprensión predominantemente instrumental, con el fin de fomentar las orientaciones clínicas y prácticas que aumenten una visión más profunda del uso de la tecnología para el cuidado de la salud. (Pemberty, 2012)

Desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable, incluyendo la calidad de

su atención como un objetivo del macro proyecto salud para todos, que comprende la percepción y satisfacción del paciente. Aspecto destacado por la Joint Commission International (JCI) al solicitar a las instituciones coordinar sus actividades que garanticen la calidad dentro de un programa institucional integrado. Calidad que debe cuidar no solo la esfera biológica y sintomática del paciente, sino también aquellas esferas subjetivas, emotivas, espirituales y culturales. En ese sentido, enfermería históricamente ha orientado su servicio al cuidado holístico, con sensibilidad y responsabilidad ética valorando la dignidad humana de cada ser. Aunque, Poblete y Valenzuela, citando a Foucault, refieren que las instituciones hospitalarias han impuesto desde finales del siglo XVIII una atención centrada en la patología y en el saber médico, dejando atrás la individualidad e integridad del enfermo; visión que se consolida en los siglos posteriores y que aún se reproduce en muchos hospitales bajo el modelo biomédico y curativo, fuertemente estructurado en los sistemas de salud actuales, que ha conllevado a los profesionales focalizar su atención más en la ejecución de procedimientos y técnicas, normativas y roles, que en el cuidado al propio paciente, de su entorno y familia. Becerril refiere que los usuarios, la familia y la sociedad en su conjunto aluden un trato mecanicista, despersonalizado y con ausencia de empatía personal y profesional por parte de la enfermera. Caracterizando al cuidado institucionalizado con falta de continuidad en el proceso, atención multiprofesional, masificación y despersonalización de la atención en salud, lo que refleja un proceso de cuidado deshumanizado. Según Watson, una causa de la deshumanización sería la reestructuración administrativa ocurrida en los sistemas sanitarios del mundo, siendo necesario ir al rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, principalmente en el área asistencial. Aunque en esta área muchas veces es difícil conservar los valores humanitarios, además de verse las enfermeras invisibilizadas debido a las múltiples actividades que realizan. Asimismo, el cuidado debe estar impregnado de valores, voluntad y compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias; desarrollado para satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar su salud, resaltando los valores altruistas como la amabilidad, empatía, preocupación y amor por uno mismo y por los otros. Si la enfermera es capaz de ser sensible consigo misma, será sensible con los demás, demostrando interés por sus problemas y fortaleciendo el desarrollo del otro, estableciendo una relación transpersonal e intersubjetiva, de enseñanza aprendizaje, respetando las creencias, la fe y esperanza del paciente. De este modo, se hace

imperativo retomar el cuidado desde su dimensión mística, fortaleciendo la capacidad de comunicación y escucha, de respeto por las creencias del otro, con verdadera entrega, compromiso y calidez. Marcando la diferencia entre atención de enfermería y cuidado humanizado, trascendiendo la realidad, donde lo espiritual, la visión de vida, las realidades importantes y las metas del paciente son relevantes. En el ámbito internacional, los estudios reportan que los pacientes perciben que las enfermeras brindan un cuidado humanizado casi siempre o siempre; destacando la consideración a los sentimientos, el apoyo físico y las cualidades de la enfermera; el apoyo emocional, la confianza, la amabilidad y el trato personalizado. (Echevarría Schmidt, 2017)

Desde estas perspectivas que sirven a modo de orientación, el presente estudio se apoya y sustenta bajo un marco teórico disciplinario basado en la visión filosófica y ética del cuidado humano de Jean Watson, sus estudios transculturales y sistemas de valores.

La enfermería como parte integrante del equipo de salud se ha ido adaptando a los cambios que se han producido en la sanidad, y, como no podía ser de otra manera, ha ido asimilando técnicas cada vez más sofisticadas y complejas que en ocasiones la alejan de una visión del hombre como persona que debiera ser la medida de todo, pero que, lamentablemente, se convierte, muchas veces en un extraño en el mundo que precisamente ha sido creado para él en el medio sanitario .El cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado .Sin embargo, diversos estudios realizados a nivel nacional e internacional concluyen en que se necesita un mejoramiento en la atención brindada por el personal de enfermería, toda vez que las enfermeras no prestan la debida importancia a la interacción de inicio, proceso y salida tendientes a lograr la satisfacción y recuperación óptima del paciente. (Medalla & Quiche, 2011) La disciplina de Enfermería considera el cuidado como eje de su quehacer, en la atención y prestación de servicios sanitarios en salud, con un compromiso en la entrega de cuidados no observado en otra disciplina y es entendida como ciencia y arte del cuidado. Se destaca por la entrega de atención desde una perspectiva biopsicosocial, siendo fundamental las relaciones que se establecen con los pacientes. Cuidar es la

base moral sobre la cual se desarrollan las obligaciones profesionales y éticas; constituye el fundamento a partir del cual se rige la praxis profesional en Enfermería. Según Kérrouack, los cuidados de enfermería se caracterizan por ser el resultado del análisis y pensamiento crítico, polivalentes, con un alto nivel de competencias técnicas, creativos, flexibles, pero también, de una gran sensibilidad en el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad. Sin embargo, el escenario en salud es cambiante, hay un importante desarrollo tecnológico de las comunicaciones, cambios demográficos y epidemiológicos, que provoca cambios en la entrega de los cuidados de enfermería, por lo que es necesario reflexionar sobre la forma en que establecemos la relación con el usuario, desde la humanización de la praxis. Es paradójico que, en este escenario de gran desarrollo científico en el ámbito de la medicina, con progresos en tecnología de punta, los pacientes aún se sientan desprotegidos ante el sistema de salud y muestren insatisfacción en el trato que se les otorga. Los integrantes del equipo de salud deben saber equilibrar en sus competencias profesionales las destrezas y pericias técnicas y el sentido humano en la atención, para no terminar “cosificando” al paciente. Tener una visión integral de éste, entender que es una persona frágil y angustiada por la situación de salud que está viviendo, requiere valorar sus sentimientos y riqueza espiritual, y adoptar una adecuada actitud de ayuda además de gestionar para lograr una atención humanizada. (Monje & Miranda, 2018)

La ciencia y el arte de cuidar de la salud del individuo, familia y comunidad, la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y la participación en su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona están a cargo de enfermería. Expertas indican que uno de los principales objetivos de ésta es mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano a través del cuidado, el cual es considerado la esencia de la profesión, y está construido por las acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad. Sin embargo, este cuidado, al parecer se ha ido deshumanizando día a día. No es extraño observar en la práctica diaria cómo se reconocen a los pacientes por sus números de camas o patologías, no se toman en cuenta las necesidades referidas por ellos/as, entre otros aspectos. Una de las principales razones de este contexto es que aún en el sistema de salud se tiene una mirada biomédica, donde el objetivo es curar la patología, dejando de lado al paciente con su entorno social, familiar y emocional. Reflexionando sobre el tema se descubren muchas situaciones de

deshumanización. Lo importante es identificar las causas relacionadas con estas conductas con la finalidad de intervenir y mejorar el cuidado entregado. Unos de estos motivos pueden ser los factores psicosociales laborales presentes en las instituciones sanitarias, los cuales, al percibirse como negativos pueden afectar la salud del trabajador/a, transformándose en riesgos psicosociales. Por otra parte, estos riesgos podrían afectar de alguna manera la calidad del trabajo ejecutado, y, por ende, al cuidado que entregan los enfermeros y enfermeras. En el mundo los riesgos psicosociales han generado un aumento de los problemas de salud mental de los trabajadores del sector de servicios, en este caso, trabajadores sanitarios. Estos riesgos tienen relación con nuevas formas de organización de la producción, relaciones laborales, la revolución informática y la introducción masiva de nuevas tecnologías, que se han traducido en diversas formas de intensificación del trabajo, excesiva demanda física y mental, debilitamiento de los colectivos laborales y erosión de las fronteras entre trabajo y vida privada. Estas nuevas formas de organizar el trabajo demandan y tensionan al trabajador emocional y cognitivamente, lo que se traduce en un aumento de la carga psíquica y mental en el trabajo. La revisión de literatura permite afirmar que existen varios teóricos que sustentan estudios en relación a riesgos psicosociales, pero su relación con la percepción de cuidado ha sido estudiada más bien un nivel cualitativo. Karasek y Theorell, vincula tres conceptos, “demanda-control-apoyo social. Las demandas psicológicas son las exigencias psicológicas que el trabajo implica para la persona. Básicamente hacen referencia a cuánto se trabaja: cantidad o volumen de trabajo, presión de tiempo, nivel de atención, interrupciones imprevistas; por lo tanto, no se circunscriben al trabajo intelectual sino a cualquier tipo de tarea. El modelo predice, en primer lugar, riesgo de enfermedad relacionado con estrés; en segundo lugar, predice relación con comportamiento activo/pasivo. Estos dos mecanismos psicológicos principales, el de tensión psicológica y el de aprendizaje, son independientes, lo que constituye uno de los rasgos esenciales del modelo: su estructura bidimensional. La segunda teoría fue propuesta por Siegrist, quien desarrolló el modelo “Desbalance esfuerzo-recompensa”. En éste se afirma que el rol del trabajo en la adultez es vincular funciones autorreguladoras, como son la autoestima y autoeficacia con la estructura de oportunidades sociales. Esto significa que la categoría profesional u ocupacional del trabajador es asociada a una opción de retribución y realización; ser recompensado o apreciado, y de pertenencia significativa a algún grupo. Por lo tanto, en el ambiente laboral las exigencias están presentes

continuamente y son capaces de generar sentimientos de ansiedad, miedo, tensión o amenaza que surgen durante el ejercicio de las actividades y requieren respuestas adaptativas, las cuales no siempre son las adecuadas y se vuelven un riesgo laboral. Al desempeñar el cuidado se establece una relación enfermera-usuario, generando afecto preocupación y responsabilidades de ambos. Este cuidado descubre lo humano, hace aflorar valores, principios, por lo que puede decirse que el cuidado profesional es sinónimo del cuidado humanizado. El cuidado humanizado ha sido ampliamente desarrollado por la teórica de Enfermería Jean Watson, quien reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser; este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado. Este cuidado es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Watson postula que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Es por lo expuesto que la experta hace un llamado a mejorar la enfermería actual y entrega un marco disciplinario con el cual trabajar en nuestra práctica diaria en los diferentes ámbitos de la enfermería, visualizando a la persona desde una mirada transformadora e integral, alejándose del modelo biomédico. Así, la entrega de un cuidado humanizado sería prioritaria para Enfermería, ya que es una profesión en la que se debe partir de un autoconocimiento; además profesionalmente se requiere de un dominio y continua reflexión sobre problemas de interacción humana desde un punto de vista ético, social y político. Al respecto, autores indican que la sociedad requiere de este tipo de cuidado, basado en una relación humana entre los diversos participantes en el acto de cuidar. Sin embargo, este contexto, si bien positivo para el usuario, puede generar en los profesionales riesgos laborales. Los enfermeros y enfermeras deben saber que, al trabajar con seres humanos, sumado a los factores laborales presentes en los ambientes de trabajo, se puede ver afectada su salud, ya sea física, mental o social, y eso puede afectar la labor de cuidar. Por consecuencia, esta entrega de cuidados va a ser de menor calidad, y no solo en lo procedimental, sino también en el trato con el otro, que se ve reflejado en su deshumanización. (Ramos Guajardo & Ceballos Vasquez, 2018)

Por lo tanto, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, tiene un enfoque filosófico existencial-fenomenológico, con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Sostiene que el Cuidado Humano comprende; un compromiso moral. Proteger y realzar la dignidad humana va más allá de una evaluación médica, la experiencia, percepción y la conexión. Mostrando interés profundo a la persona. Se requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado. El cuidado profesional es asumir una respuesta meditada que envuelve un poder espiritual de afectividad y es desarrollado por profesionales de enfermería con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud. Componentes del cuidado: debe darse basado en el conocimiento para cuidar de una persona se necesita conocer su entorno y sus necesidades. Se necesita conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento. Es preciso saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son sus propios poderes y limitaciones. Paciencia es un componente importante del cuidado: se deja al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera, con paciencia, se da tiempo y por lo tanto posibilito al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo. La paciencia incluye la tolerancia. La tolerancia expresa el respeto por el crecimiento de cada persona. Sinceridad en el cuidado ser sincero al intentar ser verdadero al cuidar de otro Se debe ver al otro como él es y no como a uno me gustaría que fuese, o como siente que debe ser. Si se ayuda a otro a crecer, se debe corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver al otro como él es, se debe también ver a uno como es. La confianza en el cuidado implica confiar en el crecimiento de cada persona en el tiempo determinado. Confiar en el otro es dejarlo en libertad que esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje. La esperanza también para que el otro crezca a través del cuidado brindado. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. El cuidado humanizado basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el

ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. El cuidado humano 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. El cuidado de los pacientes es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal (enfermera-paciente). Por esta razón el trabajo de Watson J, contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos, que contribuyan a mejorar la calidad de atención. El cuidado es la esencia de Enfermería, constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación. (Guerrero & Ramírez, 2016)

La autora en su teoría de cuidados transpersonales y que dan sustento a este estudio menciona a 10 factores de cuidados o factores caritativos de cuidados. Estos son: *"Formación humanista-altruista en un sistema de valores"*, se convierte luego en la *"práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente"*. Watson asume que el "día a día" de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral. Si bien la formación de cada uno en la infancia y juventud temprana está marcada por el contexto socio-cultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático. Es importante una acabada reflexión sobre el propio desarrollo moral, ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente. De esta forma la introspección debería formar parte de nuestras prácticas diarias, tal como lo constituye, por ejemplo, la meditación para otras culturas. Es útil así la meditación, la reflexión y la terapia en caso necesario, así como el desarrollo de aptitudes artísticas que ayuden al profesional a encontrarse consigo mismo. En esta teoría se otorga gran importancia a la formación en ciencias humanas, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos.

"Incorporación de la fe — esperanza", se convierte luego en *"Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado"*. Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantención de la salud. Esto proviene de una costumbre arcaica, ya que en muchas culturas la fe y la sanación eran resorte del mismo oficiante; sucede así, por ejemplo, en las comunidades indígenas, y así es como actualmente se intenta incorporar sus propios rituales. Particularmente en Chile, en la asistencia del parto de miembros de la comunidad Aymará, o en EE. UU, donde a los miembros ortodoxos de la comunidad judía se les permiten los alimentos *kosher*. Entonces, y de acuerdo al viejo aforismo, "no siempre es factible curar, pero siempre cuidar", la fe no necesariamente logrará la curación, pero siempre estará asociada al cuidado, y para ello es necesario el *cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros* y será redactado más tarde como *"El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión"*. Para la teórica el ser humano es en primer lugar un *ser sintiente*. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando éstos no son positivos. Un individuo que rehusa reconocer sus propios sentimientos difícilmente logrará entender los de los otros. Por otra parte, se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos. Las conductas de evitación también tienden a ser habituales, como el temor a enfrentarse al paciente que va a morir, la aprensión a contestar preguntas, y enfrentar situaciones de duelo y dolor. Todas estas situaciones están presentes en el día a día de la labor de enfermería. Es por ello que el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia, y Watson destaca que esta sensibilidad se ve reforzada por la formación valórica. El

cultivar un desarrollo evolutivo moral debe ser tan importante como mantenerse al día en las técnicas y conocimientos, como asimismo la apertura a desarrollar sentimientos como la fe y esperanza. El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor.

"El desarrollo de una relación de ayuda y confianza". El cuidar la relación humana se convierte en *"Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza"*. Una relación de cuidado depende de los factores de cuidados enunciados anteriormente. Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual "contestador telefónico", ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias. Éste es un proceso de autoaprendizaje en el que la introspección es fundamental.

La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu. A modo de ejemplo: muchas veces en el cuidado de un paciente grave, que no está consciente y no puede ejercer autonomía en relación a sus funciones corporales, la certeza que es un cuerpo ajeno, pero el cuerpo de una persona, ayudará a no cosificarlo y a respetarlo como tal.

"La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos". Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un *"estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida"*. Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son *"una ventana por la cual se visualiza el alma"*. Es

ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la misma información son bastante diferentes, esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo, por ejemplo, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado.

"El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial" se convierte en *"el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia'.* Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería. Ésto es importante porque la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar, y desarrollar habilidades para enfrentar situaciones nuevas. El mal uso de los formatos impide visualizar la profundidad del fondo, cuando se realizan mecánicamente, esto es relevante pues —en último término— es lo que distingue a un técnico de un profesional. El proceso de enfermería —un instrumento que aún se utiliza y que está abocado a diagnosticar las necesidades de los pacientes y a programar las acciones para darles solución, como asimismo a la evaluación de estas acciones—se suele convertir en un proceso mecánico que normalmente no está centrado en el paciente sino en la patología. Si se agrega a esto un deficiente *profesionalismo*, en el sentido de no ser reconocidos por el colectivo social como auténticos profesionales y con auto-percepción de sacrificio y sumisión, puede desembocar en una posición rígida, auto-controlada, y autodestructiva, lo que daña profundamente al propio practicante y dificulta la relación terapéutica. El no delimitar el campo propio de realización de enfermería y referirlo a un campo biomédico no hacen posible la autonomía y la creatividad.

Según Watson, para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen, adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía. Para esto el instrumento privilegiado es la investigación, el aprendizaje, la apertura a nuevas estrategias de cuidados, establecer correcciones a las teorías existentes y elaborar nuevas. En resumen, es vital desarrollar un marco de conocimientos respecto al cuidado. Para ello sostiene los siguientes factores caritativos o de cuidados:

"La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal". Luego deriva a *"participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro"*. Este factor de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, Watson considera que la educación que se brinda es ante todo *información*, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar. Dicha información no se apropia de un sello que la distinga de otros modos de obtenerla, como por ejemplo a través de los medios de comunicación, donde también se brinda educación en salud, periódicamente. La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida. Esta persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que —según Watson— es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas. La información —prosigue Watson— es un componente de la educación, pero no el todo. Si bien se han dado importantes pasos en este rubro, no es menos cierto que por escasez de tiempo, o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos.

El cuidado supone el brindarlo en base a las necesidades sentidas de los usuarios/pacientes/clientes. Una actitud efectiva de cuidado, por tanto, supone un conocimiento de lo que los individuos necesitan. Personalizar los cuidados es, en buenas cuentas, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población. La generalización tiende a neutralizar los sujetos, a masificarlos y, además, a no obtener buenos resultados.

Según Rogers —a quien cita Watson— la enseñanza no es función de un buen currículum clínico ni académico del educador, es un proceso mucho más complejo, que parte de tener la habilidad para lograr, en el marco de una relación —en este caso, educador—educando— cambios de conducta. Esto pasa necesariamente por nutrirse de los educandos, y no de un mero recitar conocimientos.

"La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural se convierte en "creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz". Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo, del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen *las necesidades*, que define como el requerimiento de una persona, que, de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

"La asistencia con la gratificación de necesidades humanas". Las que posteriormente llama *"la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger".* Las necesidades humanas están estratificadas. De acuerdo a Watson, el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación. En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo- actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal.

La teórica acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

" *El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales*". Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: *"se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión*". Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades".

Los diez factores expuestos por Watson ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que si bien una enfermera/o, puede ayudar al otro a resolver problemas y promover a restaurar su salud, no puede *crearle ni restaurarle la salud*. La enfermera, entonces, como acota Watson, es responsable de ofrecer condiciones para que el paciente resuelva sus propios predicamentos. Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida, y esto es válido para los individuos enfermeras/os, ya que confrontan su forma de estar en el mundo ante un evento que es la enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad. (Urra & Jana, 2011)

Este proceso de salud enfermedad de acuerdo a la dependencia y soporte vital que necesite un usuario dependerá su alojamiento, en algún tipo de servicio: que son las diferentes áreas donde se alojan los sujetos de atención dependiendo la gravedad de los cuadros patológicos que presentan al momento de su ingreso a una institución de salud y tipo de cuidados que necesitan para su recuperación y reinserción a su vida cotidiana.

Las Unidades de Cuidados Intermedios/bajos o Sala General están concebidas para pacientes que previsiblemente tienen un bajo riesgo de necesitar medidas terapéuticas de soporte vital, pero que requieren más monitorización y cuidados de enfermería de los que pueden recibir en una planta de hospitalización convencional. Desde la perspectiva de la tecnología, la visión acerca del cuidado nos hace pensar sobre la capacidad inherente de los seres humanos para buscar innovaciones que transformen la vida cotidiana, la calidad de vida y logren la satisfacción personal. El cuidado de enfermería que se lleva a cabo en las UCI requiere de diferentes tipos de tecnologías: tecnología blanda, blanda dura y dura. La tecnología blanda se refiere a las relaciones, recepción, la gestión de los servicios; la blanda dura remite al conocimiento bien

estructurado, tal como lo es el proceso de enfermería; y la tecnología dura consiste en equipos, como maquinarias y normas.

La tecnología blanda dura se emplea de forma rutinaria en las UCI y desempeña un importante papel en la atención de enfermería. Ha sido una de las tecnologías más relevantes para el desarrollo de la Enfermería, y comenzó a estructurarse en 1854 con los escritos de Florence Nightingale. Sin embargo, durante décadas no fue explorada en su totalidad por las enfermeras que trabajaban en cuidados intensivos, debido a que ellas, por causa de la organización y la gestión de los hospitales, se limitaron a obedecer las órdenes y prescripciones, a pesar de ser un miembro clave del equipo multidisciplinario de la UCI. Con el pasar del tiempo se dieron cuenta de que los pacientes graves necesitaban de cuidados y habilidades especiales, por lo que comenzaron a desarrollar un corpus de conocimiento propio, y luego, a fines de la década de los sesenta, en los Estados Unidos, se funda la actual *Association of Critical Care Nurses* (AACN).

En las UCI, una de las principales funciones de la enfermera en el momento de la atención al paciente es la toma de decisiones clínicas. Ello se debe a la creciente complejidad de los problemas presentados por los pacientes en estas unidades críticas, así como al desarrollo de nuevas intervenciones clínicas y a los procedimientos quirúrgicos, tales como el trasplante de hígado, pulmones, corazón, intestinos, páncreas. También contribuye para esta situación la terapia medicamentosa diferenciada y el uso de equipos complejos, como los respiradores, las bombas de infusión, los monitores, entre otros. El proceso de toma de decisiones de la enfermera requiere el uso sistemático y racional de evidencias clínicas para evaluar mejor el rendimiento de la atención y el uso más eficaz de las tecnologías duras disponibles.

En este proceso, incluso de una manera discreta, la Enfermería ha desarrollado investigaciones clínicas, especialmente del tipo experimental y cuasi-experimental, para el desarrollo de tecnologías blandas duras y duras, que permitan evaluar la atención recibida, la atención realizada y mejorar las técnicas y formas de la atención. Sin embargo, en las UCI, las tecnologías duras se constituyen en lo más destacado, ya que son aparatos o dispositivos tecnológicos con funciones avanzadas e innovadoras. Sus colores, tamaños, funciones, llaman la atención del equipo. A menudo es este tipo de

tecnología la que impulsa el desarrollo de la tecnología blanda dura para la atención de los pacientes.

Si pensamos sobre los aparatos disponibles en la década de los sesenta y los que hay actualmente, vamos a ver un cambio radical. Muchos de esos aparatos son tan diferentes que se hacen irreconocibles, mientras que otros ni siquiera existían, también hay aquellos que ya han sido superados y se han quedado obsoletos. Transformaciones asociadas al gran avance de la biomedicina, la búsqueda de una mayor precisión, la necesidad de disminuir la morbilidad y la mortalidad, especialmente las resultantes del trauma o de las llamadas enfermedades de la modernidad, las enfermedades cardiovasculares. Con esa situación se ha contribuido a la creciente complejidad de la atención, impulsando el desarrollo de tecnologías duras que ayuden a proporcionar una atención eficaz.

Así, desde el punto de vista de las tecnologías duras, podemos verificar en los últimos cincuenta años importantes avances tecnológicos. Entre ellos, los avances en la comprensión de la hemodinámica, primero por el catéter de la arteria pulmonar y más tarde por la ecocardiografía, que ha mejorado la comprensión de la fisiopatología de las enfermedades; la realización de diálisis para pacientes renales en la UCI; el control de la saturación de oxígeno por oxímetros de pulso con alarma de alta precisión, lo que hace posible la prevención de caídas de saturación, alertando al personal intensivista del empeoramiento del paciente; el desarrollo de la terapia de remplazo renal continuo; la evolución de la ventilación mecánica, primero como hito en el desarrollo de las UCI, y su posterior evolución con el desarrollo de aparatos con diferentes modos de ventilación, que son más sensibles y precisos a las condiciones de los pacientes.⁶

La tecnología blanda ha sido cada vez más reconocida como fundamental para la atención de enfermería. La acogida a la familia, con un ambiente más íntimo y agradable, con recuerdos de la familia y del hogar del paciente, especialmente en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales, la presencia de los padres, o de un acompañante del anciano, nos han mostrado la evolución de la atención en unidades de cuidados intensivos. Un aspecto destacado de la tecnología blanda es la comunicación, ya sea entre el equipo sanitario y el paciente/familia o entre los miembros del equipo. La comunicación adecuada favorece el acercamiento del equipo con el paciente/familia, e informa una atención segura. Cuando el equipo sanitario

asuma la comunicación y la acogida como una tecnología, habrá un mayor desarrollo en esta área, y los pacientes/familias tendrán más espacio al ser reconocidos como participantes en la toma de decisiones, recibir apoyo psicológico y social, y tener más confianza en el equipo, pues reconocerán todos los miembros y sus funciones.

La atención recibida en las salas sufrirá importantes cambios en las próximas décadas, con avances en los diferentes tipos de tecnología, en diversas áreas, lo que afectará la gestión de la atención y de la enfermería y la salud. La formación del equipo a través de simuladores ya es una realidad en los países desarrollados y algunos cursos específicos que los utilizan, pero la tendencia es que ello se propague. La razón de esta expansión resulta por el hecho de ser herramientas que promueven la formación estandarizada, segura, y por promover el desarrollo de habilidades y conocimientos, además de constituir una importante estrategia en la educación continua. También pueden ser utilizados para el entrenamiento de procedimientos de diferente complejidad, invasivos y sofisticados, tales como la laparoscopia, o procedimientos más simples, como las inyecciones intramusculares.

Las tele-UCI pueden ser cada vez más comunes, ya que permiten una atención diferenciada y amplían el alcance de los especialistas en cuidados intensivos. Son tecnologías que permiten administrar la atención y asistir a los pacientes ingresados en las UCI por profesionales especializados en cuidados intensivos, principalmente médicos y enfermeras, con el fin de mejorar la atención al paciente, salvar vidas y mejorar la eficacia de la atención. Los sistemas de tele-UCI tienen *hardware* que permiten, a través de un centro de mando, asistir a los pacientes que se encuentran en unidades de cuidados intensivos distantes, mediante la vigilancia continua del paciente, el uso de audio y video en tiempo real, de notificación electrónica de los signos vitales, el estado clínico, exámenes, el tratamiento y los equipos utilizados, además de ponerse en contacto con el equipo sanitario de esa UCI. También ofrecen un sistema de apoyo para el seguimiento de los posibles cambios en la condición del paciente y *triggers* o disparadores ajustables para dar alertas y alarmas cuando sea necesario y cuando se requieran cambios en el tratamiento programado.

El uso de la tele-UCI ha proporcionado una mejor atención del paciente, disminuyendo los costes, menores tasas de complicaciones prevenibles, menores tasas de mortalidad, disminución de la duración de la estancia en la UCI, hospitalización más

corta, las altas tasas de adherencia al tratamiento basado en las mejores prácticas clínicas, respuesta rápida a las advertencias de la inestabilidad del paciente, revisión del plan de atención, además de la asociación del equipo de cabecera con el equipo de tele-atención.

Además de la propuesta de implementación de las tele-UCI con el fin de ampliar la atención a las diversas regiones, vemos la posibilidad de implementar modelos híbridos, es decir, el empleo de las tele-UCI (en las zonas rurales muy distantes de los hospitales, y en los hospitales pequeños sin intensivistas), la regionalización por áreas (zonas urbanas, la existencia de transporte sanitario), y un alcance regional (regiones pequeñas con una comunicación efectiva entre los hospitales). Estos modelos comparten el potencial de aumentar la supervivencia y reducir los costes. Sin embargo, los obstáculos encontrados en su aplicación son la falta de evidencia de que este modelo realmente apoya todas las necesidades, la inversión financiera significativa, la autoridad central para regular el sistema, la legislación específica, la inversión en tecnología de la información. Por otra parte, habría la necesidad de reorganización de las UCI, lo que requiere el apoyo de todas las partes involucradas, es decir, gerentes, profesionales de la salud, los pacientes/familias, los políticos.

Algunos dispositivos tienen más uso en unidades de cuidados intensivos, como lo es la ecografía portátil, que cada vez más se está utilizando en el examen físico, el cual pone de manifiesto la necesidad de definir las limitaciones del uso y garantizar los niveles de formación. Los estudios demuestran el uso del ultrasonido por las enfermeras, como un medio para guiar punciones venosas, como un instrumento facilitador y de seguridad para ese procedimiento, especialmente en los casos de la red venosa frágil y de difícil de punción.

La detección de la existencia de infección por olor también será una herramienta importante para apoyar la atención porque ha sido desarrollado un dispositivo que puede detectar el olor de las infecciones causadas por diferentes bacterias de las vías respiratorias, es llamado *electronic nose* o nariz electrónica. Este recurso ha sido ampliamente estudiado y utilizado en los países desarrollados, no solo para la detección de infecciones, sino también para diferenciar las células cancerígenas y otras enfermedades de las vías respiratorias. En los resultados de estudios es evidente la contribución de ese recurso como método de diagnóstico no invasivo, seguro y eficaz.

La telemetría conduce a una monitorización en tiempo real del paciente, la cual consiste en una unidad desechable, es decir, una mini cámara de vídeo, con fuente de luz, batería y transmisión, que el paciente ingiere y pasa naturalmente a través del intestino, transmitiendo imágenes. Este dispositivo tecnológico se puede utilizar para confirmar el diagnóstico de diversas enfermedades del sistema gastrointestinal. La cápsula endoscópica es capaz de transmitir imágenes en tiempo real del colon intestinal (ascendente, transverso, y descendente), lo que demuestra ser sensible a las percepciones de los pólipos, los cambios de la mucosa e incluso tumores, por lo que también se utiliza para detectar los cánceres del sistema digestivo.

Cuando pensamos en la dualidad de la atención y la tecnología en un entorno de cuidados intensivos, debemos cuestionar la finalidad del cuidado para luego entender y elegir qué tecnología usar. Sin embargo, las innovaciones tecnológicas, especialmente las duras, nos llevan a menudo a incluirlas en la atención sin tener una idea real de la necesidad de las mismas. Cabe destacar que es la atención la que utiliza la tecnología, y cuando hay tal entendimiento tendremos una atención más eficiente, segura, y convergente a las necesidades del ser que es cuidado.

La tecnología es utilizada en la búsqueda de una práctica segura para implementar una atención estándar de excelencia, pero a menudo en busca de la novedad e innovación, se pierden los principios básicos, como el examen físico detallado, y se olvida de la práctica clínica. Por lo tanto, se insiste en que "la práctica de la medicina basada en la evidencia es la práctica de la medicina, no la práctica de la evidencia".

Incluso con el avance de las tecnologías duras, requiere el desarrollo de las tecnologías de enfermería, blanda y blanda dura, que contribuyan a la superación de la falta de una atención basada en la evidencia, la alta incidencia de complicaciones iatrogénicas, la deficiente comunicación interprofesional entre el paciente o el familiar y el profesional, las dificultades para el trabajo en equipo y la resolución de problemas, las deficiencias en los cuidados paliativos. Es indispensable repensar estos puntos con el fin de mantener la calidad de la atención, la seguridad del paciente, optimizar el cuidado, cuantificar y calificar las acciones de la atención.

En muchas ocasiones, las UCI pueden ser vistas como una representación de la esperanza para los pacientes/familias, o como un último intento, un resultado o un

adiós, lo que ocasiona una responsabilidad ilimitada a los profesionales de la salud porque las intervenciones realizadas, las promesas no dichas, y las limitaciones tecnológicas y físicas a menudo demuestran las imposibilidades de la atención o de un cuidado limitado, el cuidado de un cuerpo y no de una vida.

La tecnología nos pone en situaciones y dilemas muchas veces difíciles, porque nos ayuda a mantener al paciente con vida, pero no nos da la certeza de que va a salir indemne. La tecnología dura nos da el apoyo de la ventilación mecánica, las bombas de infusión; la tecnología blanda dura nos ofrece los protocolos, directrices, procesos; y la tecnología blanda nos orienta sobre la forma como debemos cuidar, al valorar las relaciones y los procesos de comunicación. No podemos pensar que solo la tecnología nos permite avanzar en la atención, a menudo la restringe, la limita a una tecnología dura, al uso indeterminado de aparatos, a relaciones sin comunicación, a la reducción del contacto, del afecto, de la acogida, del establecimiento del vínculo.

La búsqueda de la correcta conexión de la tecnología con el cuidado depende del conocimiento, el criterio, la experiencia y el uso de estrategias y habilidades profesionales. Esta conexión debe garantizar que un conjunto de medidas o indicadores o barreras se hagan a tiempo y en la forma correcta.

Según esta comprensión, la tecnología no puede ser vista solo como algo concreto, como un producto tangible, sino como resultado de un trabajo que implica un conjunto de acciones abstractas o concretas que tienen un propósito, en este caso, la atención de la salud. Por lo tanto, la tecnología permea el proceso del trabajo en salud, contribuyendo a la construcción del conocimiento (y a su propia expresión) está presente desde el momento de la idea inicial, en el diseño y en la aplicación del conocimiento, pero también es el resultado de esta misma construcción. O sea, es al mismo tiempo el proceso y el producto. Además, la tecnología también aparece en cómo las relaciones se establecen entre los agentes, en la forma como se realiza el cuidado de la salud, entendido aquí como un trabajo vivo en acción.

Por último, debemos reconocer que nuestro compromiso como profesionales de la salud es la proposición de tecnologías duras, blandas duras y blandas, y su incorporación a la práctica de manera equilibrada, tomándolas como un medio y no un fin, ya que el objetivo de la atención es satisfacer las necesidades reales de los seres

humanos. El sexo en relación a la productividad y satisfacción no presentan diferencias de género, aunque los hombres que se desempeñan en instituciones de salud, prefieren las tareas relacionadas con pacientes ambulatorios, y transitorios. (Kuersten Rocha & Lenise do Prado, 2013)

Las diferentes edades de los enfermeros/as con respecto a la producción en el trabajo, no varía con la edad, es proporcional para todos, y las actividades tampoco varían con la edad, sino que estas dependen de la capacitación y experiencia que tenga el personal. También de su estado de salud. Otro punto importante a tener en cuenta, es que cada vez la tecnología, que se emplea es más compleja y se debe capacitar al personal para el uso de la misma, ante esto existe cierta oposición de parte de las personas mayores, quienes prefieren utilizar la metodología que han utilizado todo el tiempo. (Toledo, 2008)

En este sentido y tomando las políticas instrumentales que la operacionalizan podemos resaltar la necesidad de impulsar nuevos modelos conceptuales para el ejercicio autónomo de la profesión de enfermería, que aseguren la prestación de cuidados integrales, individualizados y continuos, basados en conocimientos y prácticas científicas. Es necesaria la evaluación permanente de la calidad de la atención, enfatizando el impacto del servicio brindado y la productividad en la administración de los cuidados de enfermería y la organización del trabajo. Como complemento, asegurar la evaluación y el control de los servicios profesionales que se ofrecen, en el marco de la economía y los principios de mercado, buscando alternativas de atención al más bajo costo y mayor calidad. (Dinardo & Mesquida, 2010)

Material y métodos

Tipo de estudio:

Se realizará un estudio de abordaje cuantitativo no experimental, puesto que las variables serán estudiadas tal cual se presentarán en la realidad sin manipulación por parte del investigador. El diseño será descriptivo y tendrá como objeto determinar la situación de las variables que se estarán estudiando en una población específica; se describirá lo que estará pasando en un lugar y tiempo determinado; será de corte transversal, ya que las variables se estudiarán en un tiempo acotado por el investigador y tendrán una única medición. Además, se llevará a cabo un estudio prospectivo, donde la recolección de datos será según vayan transcurriendo los hechos.

Sitio y contexto de la investigación:

Para el control de validez interna para seleccionar el sitio se aplicó una guía de convalidación de sitio (anexo I) en dos lugares, uno en un Sanatorio y otro en un Hospital privado, ambos de zona sur de la ciudad de Rosario, los cuales tras los resultados del estudio exploratorio (ver anexo III) se seleccionó uno de ellos. El hospital seleccionado reúne los requisitos adecuados para medir las variables en estudio, además cuenta con una población acorde para su medición, reuniendo así los criterios de elegibilidad, y además es de interés del investigador en estudiar allí mismo la problemática. Cuenta además con la autorización a la realización del estudio, por lo que se ejecutará en un Hospital Privado de 5to nivel de atención de la Zona Sur de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, en las Salas de Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Coronarios y Sala General.

Población y Muestra:

La población será la correspondiente a todos los pacientes internados en las salas de Cuidados Intensivos, Cuidados Coronarios y Sala General.

La Unidad de Análisis será cada uno de los pacientes internados en las salas de Cuidados Intensivos, Cuidados Coronarios y Sala General que reúnan los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con más de 48 hs. de internación.
- Mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que estuvieran incapacitados para contestar el instrumento por su estado de salud.
- Pacientes que fueran personal de salud.

Tamaño de la población:

El tamaño corresponderá a todos los pacientes que reúnan los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados. Según los datos aportados por los resultados del estudio exploratorio nos arroja una población de 150 pacientes aproximadamente en el período de estudio. No se realizará muestreo ya que la población total será factible de ser medida.

Con relación a la validez externa, en este estudio de la percepción sobre el cuidado humanizado que tienen los pacientes de los diferentes tipos de servicios, los resultados de la investigación solo se podrán generalizar a la población de estudio ya que no se realiza muestreo y es realizado en un solo sitio.

Técnica e Instrumentos para la recolección de datos

Para medir la Variable en estudio se aplicará como técnica la encuesta y se utilizará como instrumento de recolección de datos un cuestionario que cuenta con las instrucciones de llenado. Los datos allí recabados se registrarán mediante una escala Likert con nunca, a veces, regularmente, casi siempre y siempre (Anexo II). El registro de los datos será mediante una cruz en el casillero que corresponderá a la respuesta brindada por el encuestado. Este instrumento denominado "Percepción del Cuidado Humanizado brindado por el Profesional de Enfermería" constará de 10 dimensiones y 36 Ítems o indicadores y con prueba de validez y confiabilidad. (Hermosilla Ávila & Contreras Contreras, 2016)

Este instrumento poseerá ventajas como: su costo relativamente bajo, nos proporcionará información sobre un mayor número de personas, pero además en un periodo bastante breve, por otro lado, también nos facilitará cuantificar, analizar e interpretar datos, del mismo modo brindará mayor posibilidad de mantener el anonimato de los encuestados y el encuestador puede eliminar sesgos. Como desventaja podremos mencionar que será poco flexible la información, no podrá variar o profundizarse, no se podría utilizar en personas que no sepan leer ni escribir, como así también no permitiría la aclaración de dudas o la comprobación de las respuestas por lo que es difícil tener una tasa alta de llenado del cuestionario o de alguna pregunta.

Se realizó una prueba piloto al instrumento (ver anexo IV) sobre una población de nueve unidades de análisis con iguales criterios de inclusión/exclusión antes mencionados, tres por cada tipo de servicio Unidad de Cuidados Intensivos (UTI), Unidad de Cuidados Coronarios (UCO) y Sala General. Durante la prueba no fue necesario la modificación del Instrumento, la entrevista fue llevada a cabo en 45' por unidad de análisis; tendiente a identificar algunos ítems o aspectos que pudieran resultar poco claros en el momento de su administración, de esta forma se cumplió con el objetivo de comprobar su confiabilidad y validez.

Operacionalización de Variables:

Percepción del cuidado humanizado es una variable de tipo cualitativa compleja, de función dependiente y posee una escala de medición ordinal

Dimensión 1:

Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas.

Indicadores

Recibe un trato amable de la enfermera

Siente que la actitud de la enfermera tiene un efecto positivo en Usted

Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo de sí mismo

Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo que las distingue de otras.

Dimensión 2:

Instalación de fe y esperanza.

Indicadores

La enfermera ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada

Siente que las acciones de la enfermera ayudan a fortalecer su fe.

Siente que la enfermera al cuidarlo le transmite esperanza (forma de sentirse mejor)

Dimensión 3:

Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.

Indicadores

Siente que tiene una relación cercana con la enfermera.

Siente que la enfermera se conmueve con su situación de salud.

La enfermera sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto.

Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera.

Usted puede identificar cómo se siente la enfermera y manifestarlo con confianza.

La enfermera es capaz de saber cómo se siente Ud.

Dimensión 4:

Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza.

Indicadores

Puede expresarle a la enfermera sus sentimientos.

Siente una confianza mutua entre la enfermera y Ud.

Dimensión 5:

Proporcionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.

Indicadores

La enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.

La enfermera favorece permite que usted exprese sus sentimientos

La enfermera le da tiempo para que usted exprese sus emociones

Siente que la enfermera lo escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad.

Siente que la enfermera acepta lo que a usted le pasa

Dimensión 6:

Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones.

Indicadores

Siente que el cuidado entregado por la enfermera es organizada y basada en conocimientos.

Siente que los procedimientos que se realizan son adecuados a su manera de ser.

Siente que los cuidados que se le proporcionan es diferente a lo entregado a las demás personas.

Dimensión 7:

Proporcionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.

Indicadores

Le han informado o educado respecto de los cuidados que le entregan.

Se le consulta su opinión en los procedimientos que se realizan.

Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan.

Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados.

Dimensión 8:

Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual.

Indicadores

Siente que se ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud.

Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad.

Siente que se apoya con respecto a su personalidad y cuerpo.

Dimensión 9:

Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas.

Indicadores

Siente que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades físicas.

Siente que la enfermera se preocupa de sus necesidades sociales.

Siente que la enfermera incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales.

Dimensión 10:

Aceptación de fuerzas existenciales y fenomenológicas.

Indicadores

La enfermera le ayuda a entender porque está en esa condición, lugar o estado.

Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera.

La enfermera lo ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y los demás.

Variable Sexo es de tipo cualitativa simple, de función independiente y posee una escala de medición nominal

Indicadores

Mujer

Hombre

Variable edad es de tipo cuantitativa continua, de función independiente y posee una escala de medición de razón

Indicadores

Será la edad en años según refiera el sujeto investigado.

Variable tipo de servicio es de tipo cualitativa simple, de función independiente y posee una escala de medición nominal

Indicadores

UTI

UCO

Sala General

Variable experiencia previa de internación es de tipo cualitativa simple, de función independiente y posee una escala de medición nominal.

Indicadores

Posee

No posee

Principios éticos:

Principio de beneficencia: los sujetos que conforman la población en estudio no serán expuestos a ningún daño físico ni psicológico, se evitará infringir daño, teniendo en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los efectos indeseables. Se mantendrá la confidencialidad de los datos obtenidos.

Principio de respeto a la dignidad humana: se les comunicará qué tienen derecho a decidir si participan o no en forma voluntaria del presente estudio, que se podrán retirar en el momento que deseen y rehusarse a participar del proyecto. A negarse a brindar información que consideren que invade su privacidad; se le brindará suficiente y completa información sobre el estudio mediante un consentimiento informado (ver anexo II), describiendo con detalle la naturaleza del mismo, y los beneficios que podrán ocurrir. Se preservará la intimidad de los sujetos en estudio asegurando la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

Principio de Justicia: la selección de los sujetos que conformarán la población en estudio serán seleccionados de manera equitativa. Tendrán derecho a un trato justo con la finalidad de disminuir las desigualdades y a preservar su intimidad. No se pondrá en riesgo para beneficiar a otra persona.

Personal a cargo de la recolección de datos:

El investigador tendrá la necesidad de contar con dos colaboradores, los cuales serán adiestrados con el fin de unificar criterios de recolección de datos. Contará con tres

encuentros semanales de dos horas cada uno, los cuales se realizarán la semana anterior a la recolección de datos. Éstos serán recabados en las salas de UTI, UCO y Sala General, en el horario comprendido de lunes a viernes entre las 16:00 hs. y 19:00 hs.

Plan de análisis:

Se realizará el agrupamiento de los datos obtenidos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones, este proceso denominado tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico Epi Info versión 3.5.4.

Se establecerá un índice para medir cada variable.

Con respecto a la codificación de la variable percepción del cuidado humanizado serán medidos sus indicadores mediante escala Likert y se le asignará un valor de 1 = Nunca, 2 = a veces, 3 = Regularmente, 4 = Casi siempre y 5 = Siempre.

Para la reconstrucción de la variable Percepción del cuidado humanizado crearemos índices por dimensión, para la dimensión Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas que cuenta con 4 indicadores o ítems se le asignará un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 20, el cual se le otorgará el siguiente rango jerárquico, de 4 a 7 puntos se clasificará como mala; en la puntuación entre 8 a 11 se clasificará como regular; el resultado entre 12 a 15 puntos significará buena y de 16 a 20 se le asignará de excelente la percepción del cuidado humanizado.

La Dimensión Instalación de fe y esperanza cuenta con 3 indicadores o ítems se le asignará un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 15, el cual se le otorgará el siguiente rango jerárquico, de 3 a 6 puntos se clasificará como mala; en la puntuación entre 7 a 9 se clasificará como regular; el resultado entre 10 a 12 puntos significará buena y de 13 a 15 se le asignará de excelente la percepción del cuidado humanizado.

Para la dimensión Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás que cuenta con 6 indicadores o ítems se le asignará un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 30, el cual se le otorgará el siguiente rango jerárquico, de 6 a 11 puntos se clasificará como mala; en la puntuación entre 12 a 17 se clasificará como regular; el resultado entre 18 a 23 puntos significará buena y de 24 a 30 se le asignará de excelente la percepción del cuidado humanizado.

La dimensión Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza cuenta con 3 indicadores o ítems se le asignará un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 15, el cual se le otorgará el siguiente rango jerárquico, de 3 a 6 puntos se

clasificará como mala; en la puntuación entre 7 a 9 se clasificará como regular; el resultado entre 10 a 12 puntos significará buena y de 13 a 15 se le asignará de excelente la percepción del cuidado humanizado.

Para la dimensión Proporcionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos que cuenta con 4 indicadores o ítems se le asignará un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 20, el cual se le otorgará el siguiente rango jerárquico, de 4 a 7 puntos se clasificará como mala; en la puntuación entre 8 a 11 se clasificará como regular; el resultado entre 12 a 15 puntos significará buena y de 16 a 20 se le asignará de excelente la percepción del cuidado humanizado.

La dimensión Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones cuenta con 3 indicadores o ítems se le asignará un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 15, el cual se le otorgará el siguiente rango jerárquico, de 3 a 6 puntos se clasificará como mala; en la puntuación entre 7 a 9 se clasificará como regular; el resultado entre 10 a 12 puntos significará buena y de 13 a 15 se le asignará de excelente la percepción del cuidado humanizado.

Para la dimensión Proporcionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal el que posee 4 indicadores se le asignará un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 20, el cual se le otorgará el siguiente rango jerárquico, de 4 a 7 puntos se clasificará como mala; en la puntuación entre 8 a 11 se clasificará como regular; el resultado entre 12 a 15 puntos significará buena y de 16 a 20 se le asignará de excelente la percepción del cuidado humanizado.

En las dimensiones Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual; Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas y Aceptación de fuerzas existenciales y fenomenológicas las cuales cuentan con 3 indicadores cada una se les asignará un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 15, el cual se les otorgará el siguiente rango jerárquico, de 3 a 6 puntos se clasificará como mala; en la puntuación entre 7 a 9 se clasificará como regular; el resultado entre 10 a 12 puntos significará buena y de 13 a 15 se le asignará de excelente la percepción del cuidado humanizado.

Para la reconstrucción de la variable en forma general se puede decir que el instrumento posee 10 dimensiones con 36 ítems y al utilizar la escala Likert de 1 al 5 se obtendrá un valor mínimo de 36 y un valor máximo de 180 puntos; y se le otorgará el siguiente rango jerárquico de 144 a 180 puntos, el cual se clasificará como excelente la percepción de cuidado humanizado del paciente. Si el rango se encuentra en el rango de 108 a 143 puntos se clasificará la percepción como buena, si el resultado

arroja entre 72 y 107 puntos como regular y si es entre 36 y 71 puntos se clasifica como mala percepción de cuidado humanizado.

Para las variables sexo, tipo de servicio y experiencia previa para su codificación se les asignará símbolos en el caso de sexo: 1 = mujer y 2 = hombre, para tipo de servicio: 1 = UTI, 2 = UCO y 3 = Sala General y para experiencia previa de internación 1 = posee y 2 = no posee y para experiencia previa: posee = 1, no posee = 2.

El tipo de análisis estadístico, será descriptiva bivariada, describiendo relaciones entre dos variables. Para el análisis de esta variable Percepción del cuidado humanizado se realizará una distribución de frecuencias y luego será representada en un gráfico de barras adosadas. Para de las variables sexo, tipo de servicio y experiencia previa que poseen una escala de medición nominal, se realizará a cada una, una distribución de frecuencias y serán representadas en gráficos circulares. Para el análisis de la variable edad, la cual posee una escala de medición de razón, se clasificará en grupos etarios de 18 a 28 años, 29 a 38 años, 39 a 48 años, 49 a 58 años, más de 59 años, se calculará a través de medidas de tendencia central mediana, y serán representados en un gráfico de barras simples.

Se contará con la colaboración de un estadista.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Actividades año 2019	ENERO		FEBRERO		MARZO				ABRIL			
	1º quin	2º quin	1º quin	2º quin	1º se	2º se	3º se	4º se	1º se	2º se	3º se	4º se
Recolección de datos en sitio												
Procesamiento y Tabulación de datos												
Análisis de interpretación de los datos.												
Elaboración de las discusiones												
Elaboración de la conclusión												
Redacción del Informe final												
Difusión de los resultados												

ANEXOS

ANEXO I

GUÍA DE CONVALIDACION DE SITIO:

- ¿La Institución permite que se realice la investigación?
- ¿La institución permite que se publiquen los resultados de la investigación?
- ¿Qué cantidad de camas útiles hay en UTI, UCO y Sala General?
- ¿Cuántos enfermeros integran los servicios de UTI, UCO y Sala General?
- ¿Qué nivel de formación cuenta cada uno de los enfermeros?
- ¿Los servicios cuentan con la rutina de reuniones mensuales? De ser así
- ¿Las reuniones son de carácter administrativo, vacaciones, feriados, franquicias o se dispone de tiempo para exteriorizar alguna otra problemática?
- ¿Se realizan charlas o cursos de capacitación sobre el tipo de cuidados que desea la empresa con los pacientes?
- ¿La institución, realiza evaluaciones a los fines de detectar malestar u otra alteración en la conducta de los enfermeros? De ser así
- ¿Se han tomado algún tipo de medidas respecto a ello?
- ¿Cuántas horas corresponden a cada jornada laboral?
- ¿Son turnos fijos?
- ¿Qué grado de complejidad o nivel de dependencia poseen los habituales usuarios del servicio?
- ¿Qué giro cama cuenta la sala de UTI, UCO Y Sala General?
- ¿Cuál es la característica principal de este hospital?
- ¿Cuál es el tiempo promedio de estada por paciente?
- ¿Qué porcentaje ocupacional manejan los diferentes servicios?
- ¿Cuál es la edad promedio de los pacientes de los diferentes servicios?
- ¿Qué grado de complejidad o nivel de dependencia poseen los habituales pacientes de los servicios de UTI, UCO, Sala general? ¿Existen marcadas diferencias?
- ¿Se realizan algún tipo de encuestas sobre la satisfacción del usuario o se aplica algún otro método para medir la misma?

ANEXO II

Este Instrumento será utilizado para la recolección de datos denominado Percepción del Cuidado Humanizado, consta de tres hojas, el mismo posee una escala de medición que va desde el 1 en forma correlativa al 5, dicha escala corresponde 1 a nunca, 2 a veces, 3 a regularmente, 4 a casi siempre y 5 a siempre, deberá marcar con una cruz en el casillero correspondiente a la respuesta que considere el entrevistado más adecuada a su percepción, deberá mencionar si alguna de las respuestas para contestar no son claras a los fines de ser reformuladas para su comprensión.

PERCEPCION DEL CUIDADO HUMANIZADO	1	2	3	4	5
¿Recibe un trato amable de la enfermera? ¿Siente que la actitud de la enfermera tiene un efecto positivo en Usted? ¿Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo de sí mismo? ¿Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo que las distingue de otras?					
¿La enfermera ha considerado su preferencia religiosa o espiritual en la atención brindada? ¿Siente que las acciones de la enfermera ayudan a fortalecer su fe? ¿Siente que la enfermera al cuidarlo le transmite esperanza? (forma de sentirse mejor)					
¿Siente que tiene una relación cercana con la enfermera? ¿Siente que la enfermera se conmueve con su situación de salud? ¿La enfermera sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto? ¿Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera? ¿Usted puede identificar cómo se siente la enfermera y manifestarlo con confianza? ¿La enfermera es capaz de saber cómo se siente Ud.?					
¿Puede expresarle a la enfermera sus sentimientos? ¿Siente una confianza mutua entre la enfermera y Ud.? ¿La enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente?					
¿La enfermera favorece permite que usted exprese sus sentimientos? ¿La enfermera le da tiempo para que usted exprese sus emociones? ¿Siente que la enfermera lo escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad? ¿Siente que la enfermera acepta lo que a usted le pasa?					

¿Siente que el cuidado entregado por la enfermera es organizada y basada en conocimientos? ¿Siente que lo procedimientos que se realizan son adecuados a su manera de ser? ¿Siente que los cuidados que se le proporcionan es diferente a lo entregado a las demás personas?					
¿Le han informado o educado respecto de los cuidados que le entregan? ¿Se le consulta su opinión en los procedimientos que se realizan? ¿Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan? ¿Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados?					
¿Siente que se ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud? ¿Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad? ¿Siente que se apoya con respecto a su personalidad y cuerpo?					
¿Siente que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades físicas? ¿Siente que la enfermera se preocupa de sus necesidades sociales? ¿Siente que la enfermera incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales?					
¿La enfermera le ayuda a entender porque está en esa condición, lugar o estado? ¿Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera? ¿La enfermera lo ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y los demás?					

ANEXO II

Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de tesina

Nombre y Apellido del participante:.....

..Fecha...../...../ 2019

Mediante la presente, solicito su autorización y colaboración para participar de estudios enmarcados en el Proyecto de investigación cuyo objetivo es: **“Determinar la percepción del cuidado humanizado que poseen los usuarios según edad, sexo, tipo de servicio y experiencias previas de internación de un hospital privado de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe de la República Argentina entre los meses de octubre a Noviembre de 2019**, y que será presentado como protocolo de investigación para regularizar la actividad académica tesina, conducido por el Enfermero Rivero, Ernesto, estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Nacional de Rosario

Dicho Proyecto tiene como objetivo conocer la percepción que Ud. tiene sobre el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería de la sala en que está alojado en el momento de la entrevista. En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que, mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado.

Al colaborar con esta investigación, deberá contestar unas preguntas, lo cual se realizará mediante un cuestionario el que consta de 10 premisas y 36 ítems. Dicha actividad durará aproximadamente 45 minutos la cual será por única vez.

Los alcances y resultados esperados de esta investigación son conocer la percepción que se tiene sobre el cuidado humanizado, por lo que los beneficios reales o potenciales que usted podrá obtener de su participación en la investigación son mejoras en la calidad de atención y cuidados por parte de los enfermeros de las diferentes áreas estudiadas en este proyecto. Además, su participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico para usted, y se tomarán todas las medidas que sean necesarias para garantizar la **salud e integridad física y psíquica** de quienes participen del estudio

Todos los datos que se recojan, serán estrictamente **anónimos y de carácter privados**. Además, los datos entregados serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación. El responsable de esto, en calidad de **custodio de los datos**, será el Investigador responsable del proyecto, quien tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos. Además, quienes participen en el proyecto como el Director de tesina y los profesores actuantes dependientes de la U.N.R. se comprometen a mantener absoluta confidencialidad respecto a los dichos y declaraciones de las demás personas con quienes interactúen en la discusión grupal.

El investigador Responsable del proyecto asegura la **total cobertura de costos** del estudio, por lo que su participación no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio **no involucra pago o beneficio económico** alguno.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre su participación en él, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es **completamente libre y voluntaria**, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Si usted considera que se han vulnerado sus derechos, le pedimos se comunique con el Director de este efector el Sr.al te.....

Desde ya le agradecemos su participación.

.....
Investigador Responsable

.....
Participante

ANEXO III

RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPLORATORIO:

Durante el estudio exploratorio se realizó una entrevista al Jefe de Departamento de la Institución seleccionada, en la misma se obtuvo la autorización para que se realice una investigación y se divulguen sus resultados. Además, se recopiló la siguiente información: el servicio de Unidad de Terapia Intensiva es un área cerrada con horarios estrictos de visitas, con pacientes dependientes y una complejidad alta. Cuenta con 9 camas útiles, una dotación de 13 enfermeros con turnos fijos de 6 horas, posee según datos provistos por la oficina de estadísticas un giro cama promedio en los últimos 6 meses de 6,81% y con un porcentaje ocupacional del 48 % mismo período. Unidad de Cuidados Coronarios también área cerrada y complejidad alta; cuenta con 10 camas útiles, una dotación de 13 enfermeros con turnos fijos de 6 horas, posee un giro cama promedio en los últimos 6 meses de 6,47% y con un porcentaje ocupacional del 36 % del mismo período. En ambos servicios cuentan con un solo Coordinador, solo de la dotación total 3 son enfermeros de grado, el resto son enfermeros profesionales.

El servicio de Sala General es una sala abierta con pocas restricciones y donde los pacientes tienen poca dependencia, su complejidad es media y baja. El lugar cuenta con 50 camas útiles y una dotación de 21 enfermeros con turnos fijos de 8 horas, posee un giro cama promedio en los últimos 6 meses de 6,47% y un porcentaje ocupacional del 36 % del mismo período, esta sala cuenta con dos Coordinadores de Enfermería, son todos enfermeros profesionales.

Esta Institución se caracteriza por tener un giro cama elevado ya que las patologías coexisten con todo tipo de cirugías que demandan poco tiempo de internación, la edad promedio de los pacientes internados en las áreas en estudio es de 40 a 75 años.

Las reuniones que se realizan en los diferentes servicios son según necesidad del sector, no se cuenta con reuniones mensuales programadas de rutina, salvo por vacaciones, tampoco se realizan charlas ni cursos de capacitación sobre el tipo de cuidados que quiere la empresa para los pacientes. De llegarse a detectar algún malestar o alteración en la conducta de un enfermero, se aborda in situ.

Este efector no cuenta con ningún método o encuesta para medir la satisfacción del paciente.

ANEXO IV

Resultados prueba piloto del instrumento:

Se realizó una prueba piloto al instrumento en una población de nueve unidades de análisis con iguales criterios de inclusión/exclusión, tres por cada tipo de servicio Unidad de Cuidados Intensivos (UTI), Unidad de Cuidados Coronarios (UCO) y Sala General. Durante la prueba no fue necesario la modificación del Instrumento, por no encontrarse dificultad en la comprensión de ninguna de las preguntas, la entrevista fue llevada a cabo en 45' por unidad de análisis como estaba programado; el horario planificado no fue objeto de ninguna problemática ya que los pacientes ya habían merendado, no era horario de visitas que puedan alterar la aplicación del cuestionario. Esta prueba tuvo el fin de identificar algunos ítems o aspectos que pudieran resultar poco claros en el momento de su administración de esta forma se cumplió con el objetivo de comprobar su confiabilidad y validez.

Bibliografía

- Dinardo, R. E., & Mesquida, A. L. (5 de Diciembre de 2010). El impacto del nivel de formación del recurso humano de enfermería en la calidad del cuidado. *Cifra 5*, 286-288. Obtenido de <http://fhu.unse.edu.ar/carreras/rcifra/c5/mesquida-dinardo.pdf>
- Echevarría Schmidt, H. (2017). Percepción del paciente sobre calidad del cuidado humanizado brindado por la enfermera en una clínica-Lima. *Cuid salud. Cuidado y Salud/KAWSAYNINCHIS - ISSN 2409-2312*, 2339-248. Obtenido de [Users/pc/Downloads/1421-Texto%20del%20artículo-3105-1-10-20180525%20\(2\).pdf](http://Users/pc/Downloads/1421-Texto%20del%20artículo-3105-1-10-20180525%20(2).pdf)
- Guerrero, R., & Ramírez, a. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson,. *Rev enferm Herediana.*, 133-142. Obtenido de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>
- Hermosilla Ávila, A., & Contreras Contreras, S. (2016). Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index enfermería*, 25(4). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011
- Joven Zuli, M., & Guáqueta Parada, S. R. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 65-74. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100065&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Kuerten Rocha, P., & Lenise do Prado, a. (2013). El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. *Index de Enfermería*, 22(3), 156-160. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200009
- Ladman Navarro, C., & Canales Gomez, S. (2014). *Enfermería (Montev.)*, 3(2), 12-21. Obtenido de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/564/563>
- Medalla, L., & Quiche, J. (2011). El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Octubre 2010. *Ciencia y Desarrollo*, 13.05, 53-61. Obtenido de <file:///C:/Users/usuario/AppData/Local/Temp/1151-4207-1-PB.pdf>
- Monje, P., & Miranda, P. (2018). PERCEPCIÓN DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE USUARIOS HOSPITALIZADOS. *ciencia y Enfermería*, 1-10. Obtenido de <file:///C:/Users/usuario/AppData/Local/Temp/0717-9553-cienf-24-5.pdf>
- Moreno, R. P. (Enero-Diciembre de 2000). La ética de las virtudes y enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 8(1-4), 60-68. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4m.pdf>
- Oviedo, G. L. (Agosto de 2004). LA DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE PERCEPCIÓN EN PSICOLOGÍA CON BASE EN LA TEORÍA GESTALT. *Revista de Estudios Sociales*(18), 89-96. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a10.pdf>
- Pemberty, Y. E. (2012). *EL USO DE TECNOLOGÍA Y LA INTERACCIÓN ENFERMERA PACIENTE. EL PUNTO DE VISTA DE LAS ENFERMERAS*. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, Medellín. Obtenido de <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/1980/1/EL%20USO%20DE%20TECNOLOGIA%20Y%20LA%20INTERACCION%20ENFERMERA%20PACIENTE.%20EL%20PUNTO%20DE%20VISTA%20DE%20LAS%20ENFERMERAS.pdf>

- Ramos Guajardo, S., & Ceballos Vasquez, P. (Junio de 2018). CUIDADO HUMANIZADO Y RIESGOS PSICOSOCIALES: UNA RELACIÓN PERCIBIDA POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN CHILE. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 12-25.
- Toledo, M. L. (2008). "FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS CUIDADOS QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERIA. Obtenido de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/toledo_marta_liliana.pdf
- Triana, L. N.-A. (2007). ercepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *revistas.unal.edu.co - Volumen 25, Número 1*, 56-68. Obtenido de <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/35901-145249-1-PB.pdf>
- Urra, M., & Jana, A. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoria de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-22. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002
- Vanegas, H. E. (2017). Cuidado humanizado: Undesafio para el Profesional de Enfermeria. *Revisalud Unisucre*, 26-30. Obtenido de <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/575/620>