

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Actitudes de empatía del personal de enfermería y la percepción del comportamiento de cuidado humanizado de los pacientes internados, según tipo de servicio, en un hospital público municipal de la ciudad de Rosario.

Por: Enf. Vallejos, Norma

Directora: Lic. Silva, María Belén

Docente asesor: Lic. Acosta, Simón

Consultor: Sr Medina, Omar

Rosario, 3 de diciembre 2021

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

RESUMEN

Las actitudes de empatía del personal de enfermería, se refiere a la habilidad para entender las experiencias y sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. A su vez, en la interacción del cuidado, la percepción del comportamiento de cuidados humanizados del personal de enfermería, constituye un proceso mental, mediante el cual, el paciente y el personal de enfermería, obtienen momentos significativos en su interior.

El objetivo general del estudio es describir la relación que existe entre las actitudes de empatía del personal de enfermería, según edad, sexo, nivel de formación y antigüedad en la profesión y la percepción del comportamiento de cuidado humanizado de los pacientes internados, según el tipo de servicio, en un hospital público municipal de la ciudad de Rosario durante el primer cuatrimestre del 2022.

Se llevará a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte trasversal y prospectivo. La población estará constituida por 60 enfermeros asistenciales y 75 pacientes aproximadamente. La técnica de recolección de datos será la encuesta, a través de dos cuestionarios auto administrados, la escala de Empatía Médica de Jefferson Versión S y la escala de Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ra versión.

El proceso de tabulación de los datos se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico computacional Epi-Info. La técnica estadística a utilizar será la descriptiva, el análisis será univariado y bivariado, los resultados serán representados por gráficos de barras.

Palabras claves: Actitudes de empatía, Percepción del Comportamiento de cuidados humanizado, Enfermería, Pacientes.

ÍNDICE GENERAL

Resumen y palabra clave	2
Índice general	3
Introducción	
Estado del arte	4
Planteamiento del problema en estudio	10
Hipótesis y objetivos	10
Marco Teórico	12
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	28
Sitio o contexto de la investigación	28
Población y muestra	29
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	30
Personal a cargo de la recolección de datos	36
Plan de análisis	37
Plan de Trabajo y cronograma	40
Anexos	
I Guía de estudio de convalidación de sitio	42
II Instrumento de recolección de datos	45
III Resultado del estudio exploratorio	50
IV Resultado de la prueba piloto del instrumento	51
Bibliografía	53

INTRODUCCIÓN

Enfermería es la ciencia del cuidado, encargada de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales requeridos por la salud de los individuos, cuidar es la base moral donde se fundamenta la praxis profesional del enfermero. (Cabal & Guarnizo, 2016)

Asimismo, el cuidado integra la conservación, preservación a la atención y el seguimiento de cada paciente para la sanación cuando sea posible, a través de análisis y pensamiento crítico, con elevado nivel de habilidades técnicas, con conocimientos científicos y sobre todo con gran sensibilidad humana para centrarse en el respeto de cada persona y responder a sus necesidades. Entonces, el cuidado no podría limitarse sólo a la ejecución de técnicas, procedimientos y utilización de dispositivos, pues comprende el establecimiento de una relación enfocada en la gestión del cuidado. Por lo tanto, el profesional de enfermería en el ejercicio de sus funciones, deberá tener la capacidad de comprender y percibir al paciente. (Arriaga García & Obregón De La Torre, 2019)

En relación a ello, la empatía es la esencia de toda interacción entre el personal de enfermería y el paciente, presenta un papel importante en el establecimiento de una relación positiva en el proceso de cuidado. (Borrell-Carrió, 2011)

Sin embargo, actualmente el cuidado se está inclinando hacia la deshumanización, orientado sólo al desarrollo de habilidades técnicas, aplicación de protocolos y guías de procedimientos que no responden a las necesidades psicosociales y espirituales del paciente. (Arriaga García & Obregón De La Torre, 2019)

En lo que respecta al cuidado humanizado, según la Organización Mundial de la Salud, es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encaminadas hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida. (González De La Cruz , Pérez Fonseca, Jiménez Zúñiga, & Martínez Martínez, 2017)

Por consiguiente, la humanización busca generar una relación entre el personal de enfermería, el paciente y su familia, con el objetivo de crear soluciones oportunas, rápidas y de calidad. (González De La Cruz , Pérez Fonseca, Jiménez Zúñiga, & Martínez Martínez, 2017)

De esta manera, el cuidado humano en el ámbito de la enfermería, es aplicado no solo como un ideal moral, sino que también trasciende en el acto y va más allá de la acción de la enfermera. Es decir, el cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la

capacidad técnica y la relación terapéutica que el personal de enfermería establece con el paciente, encaminada a un cuidado con calidez (González De La Cruz , Pérez Fonseca, Jiménez Zúñiga, & Martínez Martínez, 2017)

Por consiguiente, es importante que el profesional de enfermería para brindar un cuidado humanizado debe contar con comportamientos positivos hacia el cuidado del ser humano. (Arriaga García & Obregón De La Torre, 2019).

Dentro de las categorías de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería se encuentran, las características amables de la enfermera, el respeto, dar apoyo emocional y físico, priorizar al sujeto de cuidado, disponibilidad para la atención, entre otros. Se debe destacar que estos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción cuidador y ser cuidado, con el objetivo de dignificar al ser humano, además de fortalecer los momentos de cuidado y autonomía. (Monje, Miranda, Oyarsün, Seguel, & Flores, 2018)

También, se debe señalar que, en el proceso de interacción en el cuidado, la percepción juega un papel importante, ya que es definida como un proceso mental del ser humano, que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior. De esta manera, en la percepción del comportamiento de cuidado humanizado por parte del paciente es fundamental, puesto que constituye un predictor de cuidado de calidad y satisfacción del paciente. (Monje, Miranda, Oyarsün, Seguel, & Flores, 2018)

El presente estudio se encuentra basado en el diseño teórico de Jean Watson que se vincula con el tema de investigación quien afirma que la práctica del cuidado es central en la enfermería, y reside en la práctica diaria con conocimientos y disciplina, incentivando a perfeccionar el cuidado humano y satisfacer las necesidades del mismo. (Evangelista, Lopes, Nóbrega, & Vasconcelos, 2020)

Asimismo, en Valencia, España se realizó un estudio investigativo durante los meses de septiembre a diciembre de 2015, cuyo objetivo fue evaluar los niveles de empatía de una muestra de enfermeras españolas en función del sexo y determinar las correlaciones del mismo y las dimensiones de la escala utilizada. La población de este estudio correspondió a 266 enfermeros de 4 hospitales de la provincia de Valencia. La escala de empatía que se utilizó fue la escala de Jefferson para estudiantes de enfermería adaptada a la versión de Wart et al. 2009 compuesta por las dimensiones toma de perspectiva, atención compasiva y pensar como el paciente. Los resultados obtenidos reflejan que la edad de los participantes

osciló entre 22 y 64 años, la distribución en función del sexo fue de 75.6% correspondiendo al sexo femenino y el 24.4% al sexo masculino. En relación al nivel de empatía de la muestra se consideraron altos. La dimensión referida a la toma de perspectiva, demostró una puntuación mediana alta, mientras que las relacionadas con la atención compasiva y pensar como el paciente presentaron las medias más reducidas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, donde las mujeres muestran una tendencia hacia el acuerdo ligeramente más destacada que los hombres en los aspectos relacionados con la toma de perspectiva, igualmente, en el caso de la atención compasiva las mujeres presentan una tendencia hacia el desacuerdo ligeramente más acusada que los hombres. En cuanto a las correlaciones, los resultados arrojados reflejan que las dimensiones se encuentran positivamente correlacionadas. Como se ha demostrado en dicho estudio, la empatía en el personal de enfermería es interesante por su repercusión sobre la calidad del cuidado del paciente. (Giménez Espert, Soto Rubio, & Estudillo García, 2016)

En Buenos Aires, Argentina, se llevó a cabo un estudio investigativo entre los meses de octubre y noviembre de 2018, en un hospital de alta complejidad, cuyo objetivo fue evaluar la presencia de empatía en los profesionales de enfermería de cinco servicios para pacientes adultos. Se realizó una investigación observacional, descriptivo de corte transversal, donde se utilizó como instrumento de medición un cuestionario, a través de la escala validada Interpersonal Reactivity Index (IRI) para medir la empatía de enfermería en las dimensiones procesos cognitivos y reacciones emocionales o afectivas. La escala varía de 28 a 140 puntos, los datos arrojados fueron analizados a través del paquete estadístico Stata 13. Se encuestaron a 145 profesionales de enfermería, equivalente a una tasa de respuesta del 86%, y se obtuvo como resultado que la edad promedio de los profesionales fue de 34 años, en su mayoría pertenecientes al sexo femenino con un 86%. Se observó la presencia total de empatía caracterizada por una mediana de 82 de los 140 puntos admisibles, asimismo la dimensión cognitiva presentó una mediana de 42 de los 56 puntos admisibles y la dimensión emocional o afectiva colaboró con 40 puntos de los 52 puntos admisibles. Por otro lado, la empatía no se relacionó estadísticamente con la edad, la antigüedad profesional ni la antigüedad en el servicio. Se obtuvo como conclusión que la empatía se encuentra presente en el personal de enfermería independientemente de la edad, formación y ámbito de trabajo, siendo la dimensión afectiva la predominante. Los hallazgos de esta investigación señalan a la empatía como un componente muy importante

en la relación terapéutica del personal de enfermería y paciente. Los pacientes al ser cuidados y atendidos por enfermeros con mayor empatía aumentan su satisfacción de atención. En este contexto, se plantea la necesidad de fomentar el desarrollo en habilidades blandas, como la empatía en práctica asistencial. (Castillos, Peralta, Figueroa Alcorta, Robetto, & Moraes Morelli, 2019)

El profesional de enfermería se ve enfrentado a diferentes fenómenos de sus actividades, las cuales se centran en la satisfacción de las necesidades de los pacientes, que por diversas condiciones o razones, no tiene la posibilidad de un momento de retroalimentación, en relación a ello, se realizó una investigación en el Hospital Universitario del Caribe en la ciudad de Cartagena, durante el periodo de enero a junio de 2012, con el objetivo de determinar la relación entre la hospitalización y la percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes. Se llevó a cabo un estudio transversal, analítico, en 132 pacientes. Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de entrevista, mediante una encuesta que contenía datos sociodemográficos y de hospitalización, se utilizó un instrumento validado de percepción de comportamiento de cuidado humanizado. El resultado del estudio concluyó que los pacientes del sexo femenino correspondieron al 54.5%, vivían en unión libre el 31.8%, predominan los de sectores sociales bajos en un 86.4% y el 15,2% eran personas analfabetas. Además, los datos arrojados reflejan un promedio total de hospitalización en 12 días, siendo en los servicios quirúrgicos con un promedio de 27.3%, y en los servicios de clínica médica con un 26.4%. También se mostró que la mayoría de los pacientes se encontraban estables con un 72% y presentaban hospitalizaciones previas el 51,5%. La percepción del cuidado humanizado por los comportamientos de enfermería fue de 55.4% excelente, 35% bueno, 7.9% aceptable, y malo 1,7%. Asimismo, en cuanto a la asociación del cuidado humanizado de enfermería y la hospitalización, se halló una relación positiva, los pacientes hospitalizados en la sala general e intermedia percibieron más cuidado humanizado de enfermería con un puntaje de 198.5 en contraste con los de la sala médicas y quirúrgicas. con un puntaje de 165.2. Dicho estudio reafirmo que la percepción del cuidado humanizado es considerada como una dimensión de la calidad de los servicios, ya que es una experiencia expresada por el usuario. (Massa, Méndez, & Serrano, 2016)

Actualmente la unidad de cuidados intensivos es un ambiente con tecnología avanzada donde coexisten los profesionales de salud y los pacientes. El uso de la tecnología frecuente

en estos espacios ha hecho que los profesionales de salud orienten su atención a la toma de decisiones constantes, incorporando conocimientos e intervenciones relacionados con ella, puesto que es considerada una herramienta que otorga resultados favorables y significativos que mejoran los índices de sobrevivencia y disminuyen la mortalidad de los pacientes. 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 es quien debe ocupar el primer lugar. Por esta razón en Colombia, Bogotá en un hospital de tercer nivel de atención, durante los meses de junio y octubre de 2016, se realizó una investigación con el objetivo de conocer la percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Estos comportamientos se reúnen en tres dimensiones que son priorizar al sujeto, apertura en la comunicación y cualidades del hacer de enfermería. Se efectuó un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. Se utilizó el instrumento percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería, tercera versión, y se aplicó a una muestra de 55 pacientes hospitalizados de unidad de cuidados intensivos. Como resultado, la percepción global del grupo obtenida fue de 83.39 % en la escala estandarizada. En la categoría priorizar el sujeto de cuidado, se obtuvo una calificación del 60%, en la categoría apertura en la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona se tuvieron resultados favorables del 42%, por último, en la categoría cualidades del hacer de enfermería fue de un 27%. En conclusión, los comportamientos de cuidados humanizados se perciben como buenos, principalmente en la categoría priorizar el sujeto de cuidado, que obtuvo el mayor puntaje de satisfacción por parte del paciente. Esta investigación arrojó algunas recomendaciones para el personal de enfermería, especialmente a aquellos que se encuentran en los sectores de cuidados críticos, tales como reforzar los procesos relacionados a la categoría apertura a la comunicación, para proporcionar educación a la persona, promoviendo una atención con mayor calidez. La cual es fundamental para mantener la calidad en la atención. y en la relación enfermera(o)-paciente. (Joven & Guáqueta Parada, 2019)

En relación a ello, la satisfacción del paciente se alcanza como resultado de un trato humano individualizado, que hace sentir a las personas únicas a medida que se atienden sus necesidades y se logra su bienestar proporcionando el predictor más importante de la calidad de atención. Ante esto, se realizó una investigación cuyo objetivo de investigación fue evaluar la satisfacción del paciente adulto hospitalizado con el trato interpersonal del

personal de enfermería, mediante un estudio observacional, transversal descriptivo. La muestra estuvo conformada por 155 pacientes por turno, de los servicios de medicina interna y cirugía general, con estancia mayor a 24hs, a quienes se le aplicó el instrumento de medición de trato digno diseñado con once preguntas dicotómicas. Los resultados fueron una edad media de 58 años, el 57% corresponde al sexo masculino, y el 43% al sexo femenino, con una estancia hospitalaria promedio de 8 días y se llega a la conclusión que el 95% de los pacientes están satisfechos con el trato recibido de enfermería. Así mismo, este estudio señala que el personal de enfermería presenta un papel sobresaliente en la atención de los pacientes hospitalizados, ya que son los que atienden las 24 horas del día, y su actividad profesional es central en la atención de las necesidades, de los problemas reales y potenciales del proceso patológico. Por consiguiente, la satisfacción del usuario refleja la calidad del trato del personal de enfermería (Pat Pech & Soto Morales, 2017)

En Veracruz, México, se realizó un estudio investigativo en una institución hospitalaria de segundo nivel, cuyo objetivo fue identificar la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería. Se ejecutó, un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La población la conformaron 248 pacientes hospitalizados, pertenecientes a los servicios de Ginecología, Medicina Interna y Traumatología. Se llevó a cabo un muestreo probabilístico aleatorio simple por medio de una tómbola. Asimismo, el tamaño de la muestra se calculó en el paquete estadístico Stats, con un límite de error del 5% y un nivel de confianza de 95%. Para la recolección de los datos, se utilizó una cedula de datos personales y el cuestionario Percepción de comportamiento de cuidado humanizado 3° versión, compuesto por un total de 32 preguntas, correspondientes a 3 categorías, cualidades del hacer, apertura a la comunicación y disposición para la atención. Los resultados del estudio concluyeron que la edad promedio de los pacientes fue de 51 años, en su mayoría pertenecientes al sexo femenino con un 72%. Además, los participantes contaban con estudios secundarios completos con un 29%. Por otra parte, con respecto a la percepción de comportamiento de cuidado humanizado por categorías, la mejor percibida fue la apertura en la comunicación y cualidades del hacer de enfermería con un 62% cada una. En cuanto a la categoría disposición para la atención fue percibida en un 69% de los pacientes, sin embargo, un 10%, nunca lo percibió. Como se ha evidenciado en dicho estudio, es necesario implementar estrategias de sensibilización en el personal de enfermería, con el objetivo de mejorar los cuidados humanizados y que se hagan visibles

en el contacto con el paciente. (González De La Cruz , Pérez Fonseca, Jiménez Zúñiga, & Martínez Martínez, 2017)

El interés por este proyecto surge a raíz de observar la pérdida gradual de empatía del personal de enfermería en su relación con el paciente y el descontento que manifiestan los pacientes acerca de los cuidados humanizados del personal de enfermería en cuanto a la satisfacción de sus necesidades. Es de suma importancia considerar la opinión de los pacientes puesto que es un indicador importante en la calidad de atención en salud.

Esta investigación tiene el propósito de visualizar, relacionar y describir cómo influye la empatía del personal de enfermería en la percepción del comportamiento de cuidado humanizado, desde el punto de vista de los pacientes internados en los servicios de clínica médica, internación de maternidad y guardia general de un hospital público de la ciudad de Rosario. Los aportes brindados por el estudio se presentarán a las autoridades pertinentes del hospital, lo que permitirá la implementación de programas mediante reuniones educativa y espacios de debate, que fomenten las habilidades blandas como ser la empatía y conductas humanizadas, logrando de esta manera una mejora en la calidad de los cuidados de enfermería.

El presente estudio plantea el siguiente **problema de investigación**.

¿Qué relación existe entre las actitudes de empatía del personal de enfermería según edad, sexo, nivel de formación y antigüedad en la profesión y la percepción del comportamiento de cuidado humanizado de los pacientes internados, según el tipo de servicio, en un hospital público municipal de la ciudad de Rosario durante el primer cuatrimestre del 2022?

La **Hipótesis** que se someterá a prueba será que, los Licenciados en enfermería de sexo femenino, con una antigüedad en la profesión superior a 5 años, presenta una alta actitud de empatía produciendo siempre percepción del comportamiento de cuidado humanizado en los pacientes internados en los servicios de clínica médica, maternidad y guardia general en un hospital público municipal de la ciudad de Rosario.

Se establece, como **objetivo general** del proyecto de investigación describir qué relación existe entre las actitudes de empatía del personal de enfermería según edad, sexo, nivel de formación y antigüedad en la profesión y la percepción del comportamiento de cuidado

humanizado de los pacientes internados, según el tipo de servicio, en un hospital público municipal de la ciudad de Rosario durante el primer cuatrimestre del 2022.

Objetivos específicos

- Identificar el personal de enfermería según edad, sexo, nivel de formación y antigüedad en la profesión de la guardia general, clínica médica y maternidad.
- Describir la toma de perspectiva, el cuidado con compasión y la capacidad para ponerse en el lugar del otro en relación a las actitudes de empatía del personal de enfermería según los tipos de servicios.
- Describir las cualidades del hacer de enfermería, la apertura en la comunicación enferma(o)-paciente y la disposición para la atención en relación a la percepción del comportamiento de cuidado humanizado de los pacientes internados según el tipo de servicio.
- Analizar las actitudes de empatía de los enfermeros según el tipo de servicio y la percepción del comportamiento humanizado de los pacientes internados.

MARCO TEÓRICO

La enfermería, comprendida como ciencia y arte del cuidado, se distingue por la entrega de atención desde una perspectiva biopsicosocial, siendo primordial las relaciones que se establecen con los pacientes. Esta disciplina, considera el cuidado como eje principal de su quehacer, en la atención y prestación de servicios sanitarios en salud, con un fuerte compromiso en la entrega de cuidados. En relación a ello, cuidar es la base moral sobre la cual se desarrollan las obligaciones éticas y profesionales, constituye el origen a partir del cual se rige la praxis profesional. en enfermería. (Monje, Miranda, Oyarsün, Seguel, & Flores, 2018)

Del mismo modo, los cuidados de enfermería, se interpretan por ser el resultado del análisis y pensamiento crítico, polivalentes, con un alto nivel de competencias técnicas, flexibles, creativos, pero fundamentalmente, de una gran sensibilidad en el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad. (Monje, Miranda, Oyarsün, Seguel, & Flores, 2018)

No obstante, el escenario en salud es cambiante, existe un importante desarrollo tecnológico de las comunicaciones, cambios demográficos y epidemiológicos, que ocasionan transformaciones en la entrega de los cuidados de enfermería. Los servicios de hospitalización y sobre todo los de alta complejidad, presentan ambientes estresantes, con cargas emocionales que provocan sentimientos de dolor, tristeza, impotencia, afectando tanto al paciente, como así también, al personal de enfermería. Debido a esto, se generan situaciones de despersonalización del cuidado, como producto de la carga laboral, el uso de la tecnología, múltiples funciones administrativas, que conducen, en cierta medida a alejar al personal de enfermería del contacto con los pacientes y el verdadero cuidado humanizado. Por lo tanto, es preciso reflexionar acerca de la forma en que se establece la relación con el paciente, desde la humanización de la praxis. (Monje, Miranda, Oyarsün, Seguel, & Flores, 2018).

Del mismo modo, la política sanitaria en salud valora como uno de los ejes fundamentales, la humanización de la atención. En este aspecto, la enfermería es clave en la consecución de los objetivos formulados, ya que reconoce, que el paciente es en ser humano sujeto de derecho que requiere del personal de enfermería para comprender sus necesidades o emociones. (Giménez Espert, Soto Rubio, & Estudillo García, Impacto de la experiencia asistencial y la edad sobre la empatía de las enfermeras, 2015)

Dado que, entender las circunstancias, emociones y necesidades de los pacientes, por parte del personal de enfermería es crucial para iniciar una relación terapéutica. El fundamento de esta actitud es la empatía, ya que es el atributo, que le da a la enfermería la habilidad para comprender a la otra persona. Por lo cual, la empatía es esencial en toda relación enfermera paciente. (Giménez Espert, Soto Rubio, & Estudillo García, Impacto de la experiencia asistencial y la edad sobre la empatía de las enfermeras, 2015)

Con respecto a ello, en el contexto de la enfermería, la comprensión empática del paciente, es necesaria para que este alcance mayores niveles de bienestar y confort. También, para mostrar su disponibilidad y motivación, demostrando interés por el paciente como persona y proporcionando cuidados que preserven su dignidad. (Giménez Espert, Soto Rubio, & Estudillo García, Impacto de la experiencia asistencial y la edad sobre la empatía de las enfermeras, 2015)

Además, se debe destacar, que la empatía no sólo produce beneficios al paciente, sino también al propio personal de enfermería. Respecto al paciente, ayuda a contribuir a una mejor adherencia al tratamiento del paciente, a disminuir el reingreso hospitalario como así también miedos y angustias, generando una mayor satisfacción. En relación, a los beneficios para el personal de enfermería, se relaciona con la salud mental, no sólo contribuye a evitar niveles bajos de satisfacción con el trabajo, sino también, a evitar una peor calidad de atención. (Giménez Espert, Soto Rubio, & Estudillo García, Impacto de la experiencia asistencial y la edad sobre la empatía de las enfermeras, 2015)

En otras palabras, la actitud empática del personal de enfermería hace referencia a la conducta encaminada hacia el cuidado del ser humano. Por consiguiente, sería falso decir que la enfermera(o) brinda un adecuado cuidado humanizado a un paciente sin antes tener previos conocimientos y actitudes positivas sobre este cuidado. (Arriaga García & Obregón De La Torre, 2019)

La satisfacción de los pacientes, es de crucial importancia, ya que no sólo se encuentra íntimamente ligado al concepto de calidad, sino también, promueve y garantiza altos niveles de atención en salud, brindados por el personal de enfermería. (Arcentales Lema, Mesa Cano, Ramírez Coronel, & Gafas González, 2021)

En relación a ello, el concepto de satisfacción, se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido, contemplando que la atención de enfermería debe comprender a las personas en su totalidad y no reducirse solamente a

la ejecución de técnicas y procedimientos. Debido a esto surge la necesidad de realizar mediciones de calidad de cuidado, con el fin de encontrar falencias que existan en las prácticas a diario, y a su vez poder obtener la implementación de acciones de mejora continua para brindar un ambiente agradable de cuidado integral. (Arcentales Lema, Mesa Cano, Ramírez Coronel, & Gafas González, 2021)

Por lo tanto, brindar cuidado con calidad es inherencia de enfermería, que va encaminado a una interrelación con el paciente compartiendo sentimientos, emociones, apoyo y una buena comunicación, afectiva y efectiva, para alcanzar un alto nivel de excelencia en la satisfacción de los pacientes. (Arcentales Lema, Mesa Cano, Ramírez Coronel, & Gafas González, 2021)

El presente estudio se encuentra basado en el diseño teórico de Watson, Jean, ya que se considera importante que el profesional de enfermería demuestre un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

Asimismo, Watson, Jean, quien propone la teoría del cuidado humano, sustenta que el rasgo humano se aprecia como una característica universal y se considera necesario para la supervivencia humana. Hace énfasis en las experiencias mutuas, recíprocas e interactivas, de la misma forma, el imperativo moral es considerado como una virtud moral y su eje fundamental es la preocupación por el bien, la dignidad y el respeto por las personas. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

La definición de cuidado etimológicamente proviene del latín cogitare, que significa, pensar, prestar atención a algo o alguien. (Ariza Olarte & Daza de Caballero, 2008)

Asimismo, en la literatura anglosajona, se lo considera con los términos care y caring, el primero hace referencia a la acción de cuidar y el segundo implica una intencionalidad humanitaria en ella. Según la autora Collière, Marie cuidar es mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida. Igualmente, para Pellegrino, Edmund, el cuidar forma la parte moral a partir del cual debe regirse la praxis profesional y de manera especial en enfermería. (Ariza Olarte & Daza de Caballero, 2008)

De esta manera la definición de cuidado de enfermería ha sido nombrada como la esencia de la profesión de enfermería y se expresa de manera implícita o explícita en el ejercicio profesional. (Ariza Olarte & Daza de Caballero, 2008)

También, existen diversos abordajes como los de Norman y Rohweder, quienes sostienen que el cuidado de enfermería es una relación de apoyo y ayuda brindado a las personas que lo requieran por las enfermeras. (Ariza Olarte & Daza de Caballero, 2008)

Diversas teóricas de la enfermería han centrado el cuidado de enfermería en la relación enfermera-paciente, otras en la intervención terapéutica, y otras en la relación cliente-usuario-persona. Autoras como Wiedenbach, Ernestine, Paterson, Josephine, Zderad, Loretta, King, Imogene, han determinado la interacción enfermera-paciente como el eje primordial para establecer una relación de cuidado. Esta interacción ha sido asumida como el contacto entre la enfermera y el paciente, se produce a través de la comunicación verbal o no verbal. Además, sostienen que la intervención que realiza el profesional de enfermería, a través de la valoración, le permite detectar necesidades y ayudar a las familias en el afrontamiento de la enfermedad. (Ariza Olarte & Daza de Caballero, 2008)

Por otra parte, Orem, Dorothea y Levine, Myrna, focalizan la definición de cuidado de enfermería, en la intervención terapéutica, consideran que ésta debe estar situada en la mejoría y recuperación de los pacientes, mediante el establecimiento de metas claras de tratamiento y con objetivos definidos, por lo que es necesario que el profesional de enfermería sea competente en su desempeño, con conocimientos y habilidades, que debe demostrar en el momento de realizar las intervenciones con sus pacientes. Por último, se encuentra el grupo de quienes han centrado el significado de cuidado en el cliente-usuario. Dentro de este grupo esta Johnson, Doroty, quien afirma que la persona que recibe el cuidado, es un sistema conductual, que requiere de ajustes del entorno para mantener su equilibrio. (Ariza Olarte & Daza de Caballero, 2008)

Del mismo modo, existen otras autoras, quienes también han definido el cuidado de enfermería desde puntos de vista diferentes a los ya mencionados anteriormente, como ser Watson, Jean, quien considera al cuidado, como una emoción acompañada de sentimientos de empatía, lo que beneficia tanto al paciente como a la enfermera. (Ariza Olarte & Daza de Caballero, 2008)

Es por ello que resulta oportuno definir el origen y el concepto de empatía

El término empatía comienza a desarrollarse en el siglo XVIII, a partir de la palabra alemana *einfuhlung*, creada por el filósofo e historiador de arte Vischer Robert, quien la utilizó para expresar los sentimientos que las obras de arte producían en el observador. Luego del mundo del arte, paso a desarrollarse en la psicología, perteneciente al autor Lipps, Theodor,

quien adoptó el significado *einfulung* y lo delimitó, como una tendencia del observador a proyectarse dentro de lo que se está observando, implicando una proyección sentimental. (Fernández Pintos, López Pérez, & Márquez, 2008)

El primer autor que hace mención al concepto de empatía e identificación, es Freud, Sigmund, quien fue un médico austriaco considerado el creador del psicoanálisis. Según este autor, el ser humano, tiene el deseo de identificarse para construir su estructura personal, con el fin de evitar la ansiedad que le genera no tener desarrollada la personalidad. Esta transformación resulta en modelar la conducta en comparación con la de alguna otra persona. Asimismo, los elementos que se distinguen en este proceso de identificación son la introyección, la imitación y la regresión. La introyección, hace referencia al instinto del que procede el hombre para sobrevivir, por lo cual se tiene la necesidad de poseer. De igual manera la imitación, apunta a poseer y parecerse a los demás, y por último la regresión significa la capacidad de identificarse con contemporáneos vivos, como así también con personas que ya no existan, esta regresión es una forma de identificación retroactiva. También este autor considera a la regresión como parte de las emociones, principalmente unida a la empatía. Debido a esto sostiene que en cada acto de empatía existe un elemento de regresión (Repetto Talavera, 1992)

Por otra parte, aparece la teoría de *role taking* de Mead, G, que incorpora al estudio de la empatía la importancia de la influencia de los factores sociales y las relaciones interpersonales. A diferencia de Freud, los canales de comunicación de este proceso empático son cognitivos y no están a cargo de la imaginación. De la misma manera, se ocupa de sentir lo que siente la otra persona, pero de un modo más cognitivo que emocional. Se trata de una habilidad adquirida en el proceso de la interacción social y se sitúa en la base de la comunicación humana, sirviendo principalmente para la planificación de las acciones, la toma de decisión y la solución de problemas. (Repetto Talavera, 1992)

Así mismo, un hito importante en el desarrollo del concepto de la empatía cognitiva fue Hogan, quien definió a la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás, éste consideraba a la empatía como una capacidad metarepresentativa, que permite a la persona adoptar la perspectiva del otro, en situaciones de la vida cotidiana, ya sea a nivel real o ficticio. (Beltrán, y otros, 2009)

Posteriormente surge la teoría del *role playing*, de Moreno, J.L, que demuestra una clara consideración de la empatía como una habilidad social y utilizó las siguientes palabras para

describirla *“un encuentro de dos frente a frente; y cuando tú estés cerca ,yo tomaré tus ojos y en su lugar colocaré los míos, y tu tomarás mis ojos, en su lugar pondrás los tuyos; entonces yo miraré en ti con tus ojos y tu miraras en mí con los míos”*. (Repetto Talavera, 1992, pág. 46) De esta manera se refleja la correlación entre la empatía y la experiencia social, demostrando el conocimiento propio y el ajeno, hecho que hasta el momento otros autores no habían reparado. (Repetto Talavera, 1992)

Desde la década de los 50, la empatía adquiere una dimensión antropológica, procedente de los estudios realizados de Redfiel, Robert, quien considera a la empatía como un elemento necesario para afrontar los estudios humanistas de las diferentes culturas (Olmedo Carillo & Montes Berges, 2009)

El mismo afirma, que, una vez culminado el proceso de conocer a una cultura, debe analizarse desde el punto de vista personal, con el fin de establecer un análisis objetivo. Esta aportación es muy importante, puesto que forma parte del modelo de comprensión psicológico de la empatía de Reik. Este autor apunta que la mirada y la voz en numerosas ocasiones revela más que las palabras. Asimismo, establece una serie de fases en el proceso empático que son, la identificación nombrada por Freud, la incorporación en la que se anexa a la otra persona en el interior y se asume las experiencias de las mismas en el interior, la reverberación, que significa saber lo que se siente y, por último, la separación que representa el significado de la empatía antropológica, realizando un análisis objetivo. (Olmedo Carillo & Montes Berges, 2009)

Desde finales de los años 60 la empatía, retoma su concepción original, se empezó a consolidar como una visión distinta de la cognitiva, se proyectó principalmente al componente afectivo. Entre los primeros autores, de esta época, en definir la empatía desde este punto de vista fue Stotland, quien definió la empatía como el afecto compartido o sentimiento vicario, considerando a ésta, como la reacción emocional de un observador que percibe que una persona está experimentando o va a experimentar una emoción.

(Fernández Pintos, López Pérez, & Márquez, 2008)

Siguiendo esta línea de pensamiento, Hoffman, define a la empatía como una respuesta afectiva, según el mismo implica compartir en forma indirecta una emoción con una persona a fin de comprender su necesidad, de manera desinteresada, es decir actuando de modo altruista. (Schaffer, 2000)

Del mismo modo Mehrabian y Epstein consideraron a la empatía como una respuesta emocional solidaria, que se experimenta ante las experiencias emocionales de otras personas. (Díaz Chuquipiondo, 2014).

Frente a todos los autores anteriores, Bastón también situó a la empatía como una emoción vicaria congruente con el estado emocional del otro, dicho de otro modo, como sentimientos de interés y compasión orientados hacia la otra persona, que resultan de comprender el sufrimiento de ésta. (Díaz Chuquipiondo, 2014)

Como se mencionó anteriormente, hasta 1980, la empatía había sido objeto de múltiples estudios, distinguiéndose de dos enfoques contrapuestos, el afectivo o emocional y el cognitivo. A partir de este momento, se empezó a consolidar una mirada integradora de la empatía, que consideraba ambos enfoques. (Navarro Saldaña, Maluenda Albornoz, & Varas Contreras, 2016)

Así, el primer autor, en considerar a la empatía desde un enfoque multidimensional, fue Davis, quien define el concepto de empatía como un conjunto de constructos que incluye los procesos de, ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas, que resultan de esos procesos. Conforme a este pensamiento, el mismo desarrolló un modelo de 4 elementos relacionados entre sí. Por un lado, la dimensión cognitiva comprende al factor fantasía, que se refiere a la identificación con personajes de ficción, el otro factor relacionado incluye la adopción de perspectiva, referido al intento de comprender lo que pasa en la mente de los demás. De otra manera, la dimensión afectiva, incluye preocupación empática, aludiendo a experimentar sentimientos de compasión, preocupación y simpatía, ante el malestar de otros y el último factor asociado corresponde a distrés personal, implicando ansiedad al presenciar situaciones desagradables para otra persona. (Navarro Saldaña, Maluenda Albornoz, & Varas Contreras, 2016)

Asimismo, años más tarde 1996, Davis propone cambios en su diseño inicial, implementando el modelo organizacional. Esta nueva perspectiva, considera a la empatía como un conjunto de constructos en la que, además de los 4 elementos señalados anteriormente, se incluyen antecedentes, procesos cognitivos, respuestas afectivas y respuestas conductuales. Además, esta nueva versión de la empatía, incluiría la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal y la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede

producir tristeza, malestar o ansiedad. (Navarro Saldaña, Maluenda Albornoz, & Varas Contreras, 2016)

El término empatía empezó a utilizarse en el ámbito hospitalario en 1918. La definición más utilizada en las investigaciones de ámbitos clínicos, hasta la actualidad, es la Hojat, quien definió a la empatía, como un atributo predominantemente cognitivo, en oposición a uno afectivo o emocional, que implica una comprensión de las experiencias, preocupaciones y perspectivas de los pacientes combinados con una capacidad para comunicar este entendimiento. (Alcorta Garza, González Guerrero, Tavitás Herrera, Rodríguez , & Hojat, 2005)

Desde esta conceptualización de la empatía, se distinguen 3 términos claves para dicha definición que son, cognición, comprensión y comunicación del entendimiento. Con respecto al término cognición, la empatía es considerada un atributo cognitivo puesto que, en la atención al paciente para poder ser objetivo, debe prevalecer el procesamiento de información cognitiva frente al emocional. El significado de entendimiento, hace referencia a entender las necesidades físicas, mentales y sociales del paciente, necesarias para brindar un cuidado de calidad. Por último, la comunicación del entendimiento, se manifiesta por la capacidad de la enfermera de entender al paciente y la manera de comunicar ese entendimiento. (Alcorta Garza, González Guerrero, Tavitás Herrera, Rodríguez , & Hojat, 2005)

Además, esta definición, fue realizada por dicho autor, para la creación de un instrumento específico de medida para cuantificar la empatía en el cuidado del paciente y la educación de los profesionales sanitarios. (Alcorta Garza, González Guerrero, Tavitás Herrera, Rodríguez , & Hojat, 2005)

De esta manera, la empatía es definida operacionalmente como un elemento primordial del profesional de enfermería, que debe establecer en situación de atención, en relación al paciente. Se distinguen 3 dimensiones, que corresponden a toma de perspectiva, atención por compasión y capacidad de ponerse en el lugar del paciente. (Alcorta Garza, González Guerrero, Tavitás Herrera, Rodríguez , & Hojat, 2005)

En cuanto a la toma de perspectiva, no sólo se caracteriza por la comprensión de los sentimientos del paciente como medio terapéutico, sino que también involucra la comprensión de los sentimientos de los familiares, con el objetivo de establecer buenas relaciones con el paciente. En relación a la atención por compasión, significa poner atención

a las experiencias personales de los pacientes, como elemento clave en la efectividad del tratamiento. Es decir, comprender que el establecimiento de lazos afectivos con los pacientes, pueden coadyuvar al tratamiento. Asimismo, la formación como profesional de salud debe ser integral y poner atención a los sentimientos de los pacientes durante la entrevista e historia clínica. Y, por último, con respecto a la capacidad de ponerse en el lugar del paciente, se relaciona con el comprender que las interrelaciones sentimentales del paciente con sus familiares son fundamentales en todo proceso de salud enfermedad. (Alcorta Garza, González Guerrero, Tavitas Herrera, Rodríguez , & Hojat, 2005)

Según, Barón sostiene que la empatía es una capacidad más frecuente en mujeres que en hombres, de tal manera que el cerebro femenino está predominantemente estructurado para la empatía, en tanto que el cerebro masculino se encuentra estructurado para entender y construir sistemas. Así mismo, éste refiere que no se da sólo en mujeres, ni se da en todas las mujeres sino, que como promedio se da más en mujeres que en hombres. Además, sostiene que la sistematización consiste en la capacidad de analizar, explorar y construir un sistema, donde la persona sistematizadora es capaz de encontrar intuitivamente cómo funcionan las cosas, en relación a ello, manifiesta que el hombre sistematiza más que la mujer. Asimismo, menciona que tanto hombres como mujeres presentan estas 2 capacidades, pero cada persona en diferente cantidad. Para cuantificar estas capacidades se utilizan métricas precisas, el cociente de sistematización y el cociente de empatía. Se dividen 3 tipos de cerebros, el tipo E o cerebro femenino, en el que se tiene más desarrollada la capacidad empática que la sistematización, el cerebro tipo S o cerebro masculino, en el que se tiene más desarrollada la capacidad de sistematización que la de empatía, y el cerebro B o equilibrado, en el que se tiene igual de predominio de la capacidad empática como la de sistematización. El autor plantea estas diferencias basadas en cuestiones estadísticas más que en estereotipar o juzgar. (Baron Cohen, 2005)

Del mismo modo, las mujeres presentan una mayor capacidad de empatía que los varones, puesto que comienzan a mostrar una mayor sensibilidad a los estímulos sociales y a las señales emocionales a una temprana edad, debido a sus cualidades orientadas hacia el cuidado, como producto de la historia evolutiva y el aprendizaje social. (Ministerio de Educación, Política Social y Deporte)

Asimismo, los autores Eisemberg y Lemon, descubrieron una significativa diferencia de sexo en la empatía, que favorecía a las mujeres cuando las medidas de empatía eran inventarios

de autoinformes, pero notaron que no había diferencia, cuando las medidas de empatía eran fisiológicas u observacionales. De la misma manera, Hoffman, quien mencionó a la empatía como la respuesta afectiva vicaria a los sentimientos de otra persona, sostiene que es más relevante en las mujeres que en los varones. También, confirmó que las mujeres presentan una tendencia mayor a imaginarse en el lugar del otro/a, mientras que los varones muestran más acciones instrumentales. Además, consideraba, que esta respuesta afectiva relevante en las mujeres, estaba relacionada a la tendencia de experimentar culpa por el daño a otros/as. De hecho, Davis, halló en sus investigaciones resultados favorables, en que las mujeres puntuaron más alto que los hombres, en las escalas emocionales, pero no así en las escalas cognitivas. (Díaz Chuquipiondo, 2014)

En relación a lo expuesto anteriormente, se cree importante desarrollar una revisión del concepto del cuidado de enfermería, la evolución que ha tenido y la forma como ha sido entendido por las diferentes teóricas, para dar sentido coherente y consistente a la enfermería como una ciencia humana. (Izquierdo Machín, 2015)

La evolución del cuidado enfermero se encuentra estrechamente ligada al concepto de salud-enfermedad, que ha caracterizado cada momento histórico. Por tal motivo, se distinguen cuatro etapas que corresponden a distintos periodos de la evolución sociocultural en el mundo occidental y se relaciona con concepciones diferentes del cuidado. La primera de estas etapas, corresponde a la etapa doméstica del cuidado, por ser la mujer la encargada del mantenimiento de la vida, se desarrolla en el periodo histórico que comprende desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio romano. La segunda etapa denominada vocacional del cuidado, se desarrolla desde el origen del pensamiento cristiano, momento en el que el proceso de salud-enfermedad adquiere un carácter religioso, hasta el final de la edad moderna. La tercera etapa, nombrada técnica del cuidado, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del siglo XX, en la que el médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados representan un papel auxiliar del médico. Y finalmente la cuarta etapa, denominada profesional del cuidado, en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión, con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población y comprende desde un punto de vista cronológico las últimas décadas del siglo xx hasta la actualidad. (Martínez Martín & Chamorro Rebollo, 2017)

Asimismo, la teoría de la enfermería como cuidado nació en los inicios de un trabajo de investigación en el College of Nursing at Florida Atlantic University a cargo de Boykin, Anne y Schoenhofe, Savina, quienes pertenecían a un grupo de la facultad que revisaba la historia de los cuidados. Cuando la investigación finalizó, ambas autoras, reconocieron la importancia y la necesidad de continuar desarrollando las ideas sobre un marco conceptual, en el que se reflejara el significado y el objetivo de la enfermería como disciplina y profesión. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

Por consiguiente, esta teoría, establece la aceptación de los cuidados como objetivo y de la enfermería como intención de cuidar. Este trabajo de las autoras condujo a conceptualizar el objetivo de la enfermería como nutrir a las personas que viven el cuidado y que crecen en el cuidado. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

Tres principios influyeron en el desarrollo de esta teoría. El primer principio corresponde a la teoría existencial fenomenológica de Peterson y Zderad, sobre la enfermería humanística, considerada la base para la conceptualización de esta teoría de enfermería como cuidado. El segundo principio comprende la tesis de Roach, que afirma que el cuidado, es el modo humano de ser, que contribuye a aportar un idioma o expresión a los cuidados de esta teoría e implica compromiso, confianza, conciencia competencia, compasión y comportamiento. El tercer principio pertenece a el trabajo de Meyeroff, que proporcionó un lenguaje significativo y preciso a los cuidados, en el que se involucra conocimiento, paciencia, honestidad, confianza, humildad, esperanza y valor. Estos conceptos son fundamentales en la teoría de la enfermería como cuidado, en la relación reciproca del cuidador y el cuidado. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

Con respecto al concepto de cuidado, tal como lo define Boykin y Schoenhofe, es el servicio que ofrece la enfermería y reside en el contexto de la situación de enfermería. La misma se conoce como la experiencia vivida y compartida, donde los cuidados entre la enfermera y la persona cuidada potencian a la persona. Por lo tanto, la práctica y el conocimiento de enfermería se colocan en un contexto relacional de la persona cuidada con la persona que se cuida (Sánchez Herrera, Pinto Afanador, & Barrera Ortiz, 2010)

Desde otro ángulo, en la situación de enfermería, la invitación directa despliega la relación al verdadero cuidado entre la enfermera y la persona cuidada, cuyo objetivo se centra en lo que es importante para la persona cuidada y no representa lo que la enfermera puede realizar por la persona. (Sánchez Herrera, Pinto Afanador, & Barrera Ortiz, 2010)

Según esta teoría, cuando la enfermera entra en el mundo de la otra persona con la intención de conocerla, se genera el fenómeno de los cuidados compartidos, dentro del cual se produce una manifestación constante y mutua, expresándose como una relación de amor, en el que ambas partes se reconocen como personas de cuidados. (Sánchez Herrera, Pinto Afanador, & Barrera Ortiz, 2010)

Ante todo, es importante destacar la filosofía de Florence Nightingale quien fue la pionera en contribuir a la enfermería, su teoría se centró en el entorno. El mismo es considerado como todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener, o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

Si bien Nightingale no utilizó el término entorno en sus escritos definió y describió con detalles los conceptos de, ventilación temperatura iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno. A su vez, su preocupación por un entorno saludable, no incluía únicamente las instalaciones hospitalarias, sino que también hacía referencia a las viviendas de los pacientes y a las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar cuidados de enfermería adecuados. Desde esta perspectiva, las enfermeras, eran las encargadas de crear y mantener un entorno terapéutico, que mejorase la comodidad y recuperación del paciente. Su teoría de los cinco elementos esenciales, de un entorno saludable, aire, luz, higiene, agua potable y eliminación de aguas residuales, se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años atrás. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

Por otro lado, Virginia Henderson, distingue que el cuidado de enfermería está dirigido a suplir los déficits de autonomía del paciente para poder actuar de manera independiente en la satisfacción de las necesidades básicas. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

En tanto que Swanson, Kristen, describe a los cuidados de enfermería como una forma educativa de relacionarse con una persona apreciada, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

Como se mencionó anteriormente, son múltiples las definiciones que comprenden al cuidado, cabe señalar que en esta investigación se enmarca principalmente la definición de cuidado humanizado.

En cuanto al significado de cuidado humanizado se lo concibe como un conjunto de intervenciones fruto de la observación atenta, el conocimiento y la experiencia, que llevan a

los enfermeros a la elaboración de juicios éticos y profesionales, altamente centrados en las necesidades de cada paciente. Dichas intervenciones asiduamente no son registradas ni valoradas institucionalmente, sin embargo, demandan tiempo y presentan un gran impacto favorable en el bienestar, y seguridad de las personas, que debería ser considerado. Se trata de acciones como dedicar tiempo a escuchar, acomodar una almohada, dar confort, cuidar la intimidad, mostrar disponibilidad, acompañamiento, presencia cuidadora, etc. (Huércanos Esparza, 2013)

En lo que respecta a la interacción en el cuidado, entre la enfermera/o y el paciente, la percepción es esencial, debido a que es la forma como se interioriza y se clasifican las acciones intencionales de la persona cuidada y cuidadora. A su vez estas acciones, si son percibidas como algo benéfico para el ser humano, originan un sentido de protección y seguridad en el otro. (Sanchez Herrera, Pinto Afanador, & Barrera Ortiz, 2010)

De esta manera, diferentes autores, entre ellos. Patrica, Larson y Zane, R. Worf, en sus planteamientos afirman que esta percepción de comportamiento de cuidado afecta esta interacción y repercute, en la forma como la enfermera/o actúa dentro de ella y cómo el paciente responde a la misma. (Sanchez Herrera, Pinto Afanador, & Barrera Ortiz, 2010)

Además, otros autores, como Vallejo y Najera, definen la percepción como proceso mental, mediante el cual se obtienen datos y se los organiza para tomar conciencia del mundo exterior. (Sánchez Herrera, Pinto Afanador, & Barrera Ortiz, 2010)

Por esta razón, la percepción del comportamiento de cuidado es reconocida como proceso mental, mediante el cual el personal de enfermería y el paciente, obtienen momentos significativos en su interior, durante la interacción de cuidado. (Sánchez Herrera, Pinto Afanador, & Barrera Ortiz, 2010)

Cabe señalar que en este trabajo investigativo se tomará la percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería. Se identificarán los comportamientos de cuidado, de acuerdo a los valores, experiencias, conocimientos y expectativas de los pacientes. La fundamentación teórica de esta investigación se basará en la teoría de Jean Watson, y se considera primero hablar acerca de sus conceptos principales y luego como comienza su teoría de cuidados transpersonales

Asimismo, Margaret Jean Watson, nació en los Estados Unidos de Norteamérica en el año 1940, se recibió de licenciada en enfermería y obtuvo una maestría en salud mental y psiquiatría de enfermería. Posteriormente, en el año 1973 realiza un doctorado en

psicopedagogía de la educación y consejería En el año 1980 Watson y sus colaboradores crearon el Center for Human Caring, en la universidad de Colorado, el primer centro disciplinario del país comprometido en contemplar el conocimiento del cuidado humanizado que forma la base científica y moral de la práctica clínica. Además, esta teórica es autora de 10 libros, en tanto que ha sido coautora de 5 libros y ha realizado innumerables artículos en revistas de enfermería, en el que se visualizan la evolución de su teoría del cuidado a partir de sus ideas sobre la filosofía y la ciencia del cuidado (Izquierdo Machín, 2015)

Para desarrollar su teoría, Jean Watson se apoyó en las ciencias y las humanidades, encaminadas a una orientación existencial y espiritual. Además, se basó en fuentes teóricas de Nightingale, Henderson, Leininger, Peplau, Rogers y Newman. No obstante, afirma que la esencia de la enfermería, se ve en las relaciones enfermera-paciente. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

La principal aportación de esta teórica incluye la creación de 10 factores de cuidados, que aportan un nuevo significado al paradigma de la enfermería. Cada uno de ellos presentan un componente fenomenológico en relación a los individuos implicados en la relación que abarca la enfermería (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

Para empezar, el principio número uno, implica la formación de un sistema humanístico altruista de valores, este factor se puede conceptualizar como una satisfacción a través de la cual las enfermeras, como educadoras, pueden dar una extensión del sentido de ellas mismas (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

En cuanto al principio número dos, involucra la inculcación de la fe y la esperanza, este factor describe el desempeño de la enfermera a la hora de desarrollar interacciones con el paciente, promoviendo el bienestar del mismo, ayudando al paciente para que adopte conductas orientadas a la salud. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

En el tercer orden, se encuentra el principio de cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, esto hace referencia a que a medida que la enfermera reconoce sus sentimientos, los mismos se vuelven auténticos y sensibles hacia los demás. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

En el cuarto orden, se encuentra el principio de desarrollo de una relación de ayuda y confianza, implica una relación de expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos, incluye la coherencia de ser real, honesto y auténtico. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

En el quinto orden, se encuentra el principio de promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, en el que se destaca, que el hecho de compartir los sentimientos implica un riesgo tanto para la enfermera como para el paciente, no obstante, la enfermera debe estar preparada tanto para los sentimientos negativos como los positivos. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

En el sexto orden, se establece el principio de uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones, incluye el uso del proceso de enfermería que aporta un enfoque científico, sistemáticos y de organización para la solución de problemas en el cuidado enfermero. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

El séptimo orden corresponde al principio de promoción de la enseñanza y aprendizaje interpersonal, este factor separa el cuidado de la curación. La enfermera permite que los pacientes realicen el autocuidado a través de técnicas de enseñanzas y aprendizajes. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

En el octavo orden, se hace referencia al principio de provisión del apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual, que comprende que las enfermeras, tienen que reconocer la importancia de la influencia que los entornos presentan en la salud y la enfermedad de los individuos .Este entorno es de carácter interno como externo, siendo el primero, y el bienestar mental y espiritual de un individuo, y el segundo incluye la comodidad, la seguridad, la privacidad y entornos limpios. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

En el noveno orden, se incluye el principio de asistencia en la gratificación de las necesidades humanas, aquí la enfermera reconoce sus propias necesidades psicofísicas, biofísicas, psicosociales e intrapersonales como también las del paciente. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

En el décimo y ultimo principio se establece la permisión de fuerzas existenciales y fenomenológicas, se describen los datos de la situación que ayudan al sujeto a comprender los fenómenos en cuestión. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

A su vez esta teórica, une la ciencia con las humanidades, cuyo objetivo es que el personal de enfermería, fusione teoría y práctica, para establecer una relación de cuidado transpersonal que incluye comportamientos humanizados. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

En relación a ello, se describe, la práctica de la amabilidad amorosa dentro del contexto del cuidado, que se expresa en administrar cuidados humanos esenciales, incentivar la expresión de sentimientos positivos y negativos, permitiendo de esta manera desarrollar una auténtica relación de apoyo y confianza. También, estos comportamientos se encuentran orientados en atender a las dimensiones espiritual y existencial de la vida y la muerte .De esta manera, permitir mantener un sistema de creencias profundo, tanto para el profesional como para el paciente, son indispensables en el proceso del cuidado, desarrollando un entorno de curación, donde la paz, la tranquilidad, la comodidad y la dignidad se potencien. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

El tipo de estudio será observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Será observacional, ya que las variables serán estudiadas tal cual se presenten en la realidad, sin manipulación por parte del investigador. Será descriptivo ya que su objetivo será determinar la situación de las variables en la población detallada, determinar la presencia o ausencia de ellas o la frecuencia con la que ocurre un fenómeno, caracterizar el problema, proveer de bases para otros estudios o próximas investigaciones, pudiendo sugerir la asociación entre las variables. Será transversal ya que las variables se estudiarán simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, en este caso el tiempo no es determinante en relación con la forma en que se dan los fenómenos, por tal motivo se realizará una única medición. Y finalmente será prospectivo ya que se iniciará con la exposición de una supuesta causa y se continuará con el seguimiento de la población determinada a través del tiempo hasta identificar o no la aparición del efecto, es decir, la recolección de los datos, se recogerá según vayan ocurriendo los hechos.

Sitio o contexto de la investigación

Esta selección fue realizada mediante la aplicación de una Guía de Convalidación de Sitio (Ver anexo I). Cabe mencionar, que no se realiza una comparación con otras instituciones, ya que es interés del investigador llevar adelante el proyecto en esta institución, debido a la percepción de la problemática de estudio planteada, en los diferentes servicios de atención. Ante ello, se realizó un relevamiento de datos del sitio, y tras los resultados del estudio exploratorio (Ver anexo III) permite su selección, puesto que reúne los criterios de elegibilidad, es decir, se cuenta con la autorización pertinente para llevar a cabo el estudio investigativo, las variables que se pretenden medir se encuentran presentes, así como también la población necesaria para el estudio.

El sitio seleccionado es un hospital público, de segundo nivel de atención, que se encuentra ubicado en la zona sur de la ciudad y forma parte del Sistema en Red de Salud de la Municipalidad de Rosario.

El hospital cuenta con distintas áreas de atención entre ellos se encuentran: Servicios de Guardia Pediátrica y Adultos y Ginecológica las 24 horas, Neonatología, Maternidad, e

Internación Clínica; también cuenta con Consultorios Externos con diversas especialidades como, por ejemplo: Odontología, Traumatología, Oftalmología, Cardiología, Tratamiento del Dolor, Fonoaudiología, Salud Mental y Trabajo Social, también se presta servicio en Radiología, Análisis Clínicos, Farmacia y Ecografía. Así mismo la investigación se realizará en los servicios de clínica médica, maternidad y guardia general.

Población y Muestra

El estudio de investigación estará conformado por 2 poblaciones:

Población 1: estará constituida por todos los enfermeros asistenciales de los servicios de internación de clínica médica, maternidad y guardia general.

Unidades de análisis: será cada uno de los enfermeros asistenciales de los servicios de internación de clínica médica, maternidad y guardia general que reúnan los siguientes criterios:

Los criterios de exclusión serán:

- Personal de enfermería en tratamiento psicológico o psiquiátrico.
- Personal de enfermería que se encuentre atravesando un duelo familiar.
- Personal eventual para cubrir faltantes momentáneas del servicio.
- Personal de enfermería con antigüedad laboral menor a 6 meses

Población 2: estará constituida por todos los pacientes internados en los servicios de clínica médica, maternidad y guardia general.

Unidades de análisis: será cada uno de los pacientes internados en los servicios de clínica médica, maternidad y guardia general, con una estadía mayor a 48 horas.

Los criterios de exclusión serán:

- Pacientes en tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes que se encuentren atravesando un duelo familiar.
- Pacientes con actividad laboral en relación al ámbito de la salud.
- Pacientes con internaciones previas.

Tamaño de la población

El estudio se llevará a cabo tomando a las 2 poblaciones en su totalidad, durante el tiempo que comprenda el mismo y que reúnan los criterios de inclusión/exclusión antes mencionados. Según datos aportados por el estudio exploratorio, se estima una población de 60 enfermeros asistenciales y 75 pacientes internados aproximadamente, por tal motivo

no se realizará muestreo, ya que la población es factible de ser medida en su totalidad.

Teniendo en cuenta la validez externa, los resultados podrán generalizarse solo a la población en estudio. El mismo posee limitaciones para generalizar los resultados, debido a que no se realizará muestreo probabilístico y se realizará en una sola institución.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos a utilizar será la encuesta, a través de un cuestionario auto administrado, tanto para la medición de la variable independiente actitudes de empatía del personal de enfermería, como para la variable dependiente percepción del comportamiento humanizado de enfermería de los pacientes internados.

Para llevar a cabo la recolección de datos para la medición de la variable actitudes de empatía del personal de enfermería, se utilizará el instrumento de Escala de Empatía Médica de Jefferson Versión S. (Alcorta Garza, González Guerrero, Tavitás Herrera, Rodríguez , & Hojat, 2005). En este cuestionario, se consideran una serie de preguntas específicas, que constará de 20 preguntas cerradas, agrupadas en 3 categorías que serán, toma de perspectiva, cuidado con compasión y capacidad para ponerse en el lugar del paciente. Se utilizará una escala de respuesta tipo Likert, que va desde fuertemente en desacuerdo a fuertemente acuerdo. Además, el cuestionario tendrá un apartado para la medición de las variables simples como ser la edad, el sexo, nivel de formación académica, antigüedad en la profesión del personal de enfermería y el tipo de servicio al que pertenece. (Ver anexo II)

Para la medición de la variable dependiente percepción del comportamiento de cuidado humanizado de los pacientes internados, se utilizará el instrumento PCHE 3ra versión. (González Hernández, 2015). Este cuestionario estructurado presenta 32 preguntas cerradas con opción de respuesta múltiple, donde, se organiza en 3 categorías que son, cualidades del hacer de enfermería, apertura en la comunicación enfermera(o)- paciente y disposición para la atención. Se utilizará una escala de respuesta de tipo Likert, en una escala que va desde nunca a siempre. (Ver anexo II)

La ventaja de utilización de cuestionarios auto administrados es, de requerir menor tiempos y esfuerzo, por parte del que brinda la información, presenta un costo relativamente bajo, así como también, facilitar la tabulación de la información obtenida. Además, no solo

proporciona mayor posibilidad de mantener el anonimato de los encuestados, sino también elimina los sesgos que introduce el encuestador.

Pero también, mantiene limitantes, como no permitir flexibilidad al investigador para profundizar en ciertos aspectos del tema, como así también, no se puede utilizar con personas que no pueden leer y escribir. Tampoco permite la aclaración de dudas sobre las preguntas, como también, resulta difícil obtener una tasa alta de cumplimentación del cuestionario y la verificación de la veracidad de los datos.

Se llevó a cabo una prueba piloto (Ver anexo IV) en el mismo sitio de la investigación, aplicado a una población de enfermeros y pacientes con similares características a las del estudio y que no serán parte del mismo. Los instrumentos de medición deben alcanzar los requisitos de validez, confiabilidad y precisión. Para ello, se tuvo en cuenta, si es correcto el ordenamiento y presentación de las preguntas, si algunas resultan incomprensibles. También, si las preguntas formuladas son adecuadas para medir las variables en estudio, si las instrucciones formuladas para su llenado son suficientes y precisas, como así también, si el tiempo de recolección de datos es suficiente para la aplicación de los instrumentos.

Operacionalización de las variables.

Variable 1: Empatía del personal de enfermería. Tipo Cualitativa compleja. Función independiente. Escala de medición ordinal.

Definición conceptual: se refiere a la habilidad para entender las experiencias y sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. (Alcorta Garza, González Guerrero, Tavitas Herrera, Rodríguez , & Hojat, 2005)

Dimensión 1: Toma de perspectiva.

Se refiere a comprender los sentimientos del paciente y la familia como una herramienta terapéutica y mantener una relación adecuada, trato con buen sentido del humor, teniendo en cuenta el punto de vista de la otra persona.

Indicadores:

- Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.
- Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.
- Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.

- Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.
- Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.
- Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.
- Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación enfermera(o)-paciente.
- Trato de entender qué está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.
- La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como enfermera(o).
- Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento enfermero.

Dimensión 2: Cuidado con compasión.

Prestar la debida atención a la experiencia personal del paciente como elemento principal de la efectividad del tratamiento, se cree que los lazos afectivos contribuyen al proceso de mejora, teniendo en cuenta que la enfermera brinda asistencia integral.

Indicadores:

- La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.
- Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante.
- Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.
- Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.
- Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico por lo tanto los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.
- No disfruto leer literatura no de enfermería o arte
- Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista.

Dimensión 3: Capacidad para ponerse en el lugar del otro.

Es la capacidad de ponerse en el lugar del paciente. Comprende la importancia de la relación del paciente con su familia, la comunicación, la comprensión y la observación de la situación, ya que el paciente visualiza la capacidad de comprender su posición frente al problema que enfrenta, y es muy importante poder brindar asistencia efectiva

Indicadores:

- No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.
- Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.
- La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.

Variable 2: Percepción del comportamiento de cuidado humanizado. Tipo cualitativa compleja. Función dependiente. Escala de medición ordinal.

Definición conceptual: es el proceso mental mediante en el cual el paciente y el personal de enfermería, obtienen momentos significativos en su interior mediante la interacción en el cuidado. El proceso de percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son importantes en la interacción. Estos comportamientos del cuidado humanizado de enfermería son, cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente y disposición para la atención. (Rivera Álvarez & Triana, 2007)

Dimensión 1: Cualidades del hacer de enfermería.

Se refiere a cualidades y valores que caracterizan el personal de enfermería que brinda cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera(o)-paciente.

Indicadores:

- Le hacen sentirse como una persona.
- Le tratan con amabilidad.
- Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted.
- Le hacen sentirse tranquilo(a) cuando están con usted.
- Le generan confianza cuando lo(a) cuidan.
- Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado
- Le demuestran respeto por sus creencias y valores.

Dimensión 2: Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente.

Se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado, el enfermero(o), a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la

interacción con el sujeto del cuidado(paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la transmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado.

Indicadores:

- Le miran a los ojos, cuando le hablan.
- Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes.
- Le facilitan el diálogo.
- Le explican previamente los procedimientos.
- Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas.
- Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos.
- Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere
- Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud.

Dimensión 3: Disposición para la atención

Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar, sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.

Indicadores:

- Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización.
- Le dedican tiempo requerido para su atención.
- Le llaman por su nombre.
- Le atienden oportunamente sus necesidades básicas.
- Le manifiestan que están pendientes de su salud.
- Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Responden oportunamente a su llamado.
- Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual.
- Le escuchan atentamente.
- Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.
- Le brindan un cuidado cálido y delicado.
- Le ayudan a manejar el del dolor físico.
- Le demuestran que son responsables con su atención.

- Le respetan sus decisiones.
- Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar.
- Le respetan su intimidad.
- Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico.

Variable 3: Edad. Tipo cuantitativa simple. Función independiente. Escala de medición de razón.

Indicador: Será la edad en años según refiera el encuestado.

Variable 4: Sexo. Tipo cualitativa simple. Función independiente. Escala de medición nominal.

Indicadores:

- Hombre.
- Mujer.

Variable 5: Nivel de formación académica. Tipo cualitativa simple. Función independiente. Escala de medición ordinal.

Indicadores:

- Enfermera/o profesional
- Licenciada/o de enfermería

Variable 6: Antigüedad en la profesión. Tipo cuantitativa simple. Función independiente. Escala de medición de razón.

Indicador: cantidad de años de ejercicio profesional que refiere el personal de enfermería.

Variable 7: Tipo de servicio. Tipo cualitativa simple contextual. Función independiente. Escala de medición nominal.

Indicadores:

- Guardia general
- Clínica médica
- Maternidad.

Para llevar a cabo el proyecto se tendrán en cuenta los **Principios de Bioética** en todo el proceso investigativo.

Principio de Beneficencia-No maleficencia: Se respetará este principio para que la población en estudio, no estén expuestos a daños físicos ni psicológicos. Se mantendrá la confidencialidad de los datos, bajo ninguna circunstancia serán revelados ni difundidos, Además, se garantizará que los beneficios siempre deberán superar los efectos indeseables.

Principio de Autonomía: implicará el derecho a la autodeterminación y a la información completa. Para ello se contará con un Consentimiento Informado (ver anexo II) donde se expresará e informará sobre los objetivos de la investigación, su propósito, el derecho a participar o no del estudio, y que puede abandonarlo en el momento que lo desee. También se informará que puede negarse a responder preguntas cuando considere que invade su intimidad, sin que esto conlleve ningún tipo de reprimenda.

Principio de Justicia: incluirá el derecho a un trato justo, a preservar la intimidad de los participantes del estudio, el reclutamiento y selección se realizará de forma equitativa, evitando poner en riesgo a un grupo de personas para beneficiar a otros.

Personal a cargo de la recolección de datos

El personal a cargo para la recolección de datos del estudio, será la investigadora encargada del proyecto junto a dos colaboradores. Se debe señalar que, a cada uno de ellos, se le asignará un servicio. Estas personas serán adiestradas durante tres encuentros, los días lunes, martes y miércoles, de dos horas de duración, de 8 a 10hs, durante una semana. Se les darán charlas explicativas sobre la temática del proyecto, la utilización del instrumento y algunas dudas que puedan surgir al respecto para que se pueda evitar la ocurrencia de inconvenientes y disminuir posibles sesgos en los resultados obtenidos.

El cuestionario a la población de enfermería será aplicado en los 4 turnos existentes de cada servicio, media hora antes de la entrada y salida de la jornada laboral. Los horarios establecidos serán 05:30 a 06:00hs para los turnos de 00/06 y 6/12. Para los turnos de 12/18 y 18/24, el horario será de 17:30 a 18hs. Igualmente, el cuestionario a la población de pacientes se realizará por la tarde, precisamente en el horario de 17.30 hs, alejado del horario de visitas y donde la actividad de la sala es menor, ya que por lo general en el turno matutino se realizan estudios de rutina, laboratorios y pase de sala de médicos y residentes.

Así mismo, se estipula que el llenado de los cuestionarios será de 20 minutos aproximadamente.

Plan de análisis

Mediante el plan de análisis se realizará el agrupamiento de los datos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones. Este proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico computacional Epi-Info.

La variable Actitudes de empatía del personal de enfermería, consta de 20 ítems, agrupado en 3 dimensiones, toma de perspectiva que consta de 10 ítems agrupados, cuidado con compasión que consta de 7 ítems agrupados y capacidad para ponerse en el lugar del paciente que presenta 3 ítems agrupados. Las opciones de respuestas son de tipo Likert, estableciendo la siguiente codificación en una escala de valores que va del 1-2-3-4-5-6 a 7 puntos; siendo el 1 fuertemente en desacuerdo y 7 fuertemente acuerdo. Para la reconstrucción de la variable se podrá obtener un valor mínimo de 20 y un máximo de 140 puntos, por lo que se establecerá la siguiente escala: empatía baja de 20 a 83, empatía moderada baja 84 a 91, empatía moderada alta 92 a 97 y Empatía alta 98 a 140.

Acorde a la codificación planteada se establecen las siguientes escalas por dimensión que constituye la variable.

Toma de perspectiva

Empatía baja: 10 a 25

Empatía moderada: 26 a 41

Empatía moderada alta: 42 a 57

Empatía alta: 58 a 70.

Cuidado con compasión

Empatía baja: 7 a 17

Empatía moderada: 18 a 28

Empatía moderada: alta: 29 a 39

Empatía alta: 40 a 50

Capacidad para ponerse en el lugar del paciente

Empatía baja: 3 a 7.

Empatía moderada: 8 a 12.

Empatía moderada alta: 13 a 17.

Empatía alta: 18 a 20.

El instrumento de la variable Percepción de comportamientos de cuidado humanizado, está constituido de 32 ítems distribuidos en 3 categorías que son, cualidades del hacer de enfermería que consta de 7 ítems agrupados, apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente que presenta 8 ítems y disposición para la atención que cuenta con 17 ítems. Las opciones de respuestas son de tipo Likert, estableciendo la siguiente codificación en una escala de valores que va del 1 a 4 puntos. Donde 1 corresponde a nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre, 4 siempre. Para la reconstrucción de la variable se podrá obtener un valor mínimo de 32 y un máximo de 128 puntos, por lo que se establecerá la siguiente escala: 32 a 56 nunca se percibe cuidado humanizado de parte de las enfermeras, 57 a 80 algunas veces se percibe cuidado humanizado de parte de las enfermeras, 81 a 104 casi siempre se percibe cuidado humanizado de parte de las enfermeras y 128 siempre se percibe cuidado humanizado de parte de las enfermeras.

Acorde a la codificación planteada se establecen las siguientes escalas por dimensión que constituye la variable:

Cualidades del hacer de enfermería

Nunca: 7 a 12

Algunas veces: 13 a 18.

Casi siempre: 19 a 24.

Siempre: 25 a 28.

Apertura en la comunicación

Nunca: 8 a 14

Algunas veces: 15 a 21.

Casi siempre: 22 a 28.

Siempre: 29 a 32

Disposición para la atención

Nunca: 17 a 29

Algunas veces :30 a 42

Casi siempre:43 a 55

Siempre:56 a 68

Para la variable edad, se recolectará el dato de la edad, según el encuestado refiera, para poder aplicar las pruebas estadísticas de tendencia central, que serán, modo mediana y media, para luego cualificarlos en rangos etarios que irán desde 25 a 35 años 1, 36 a 45 años 2, 46 a 55 años 3 y 56 años en adelante 4.

Para la variable sexo se recolectará del dato según el encuestado refiera, para poder aplicar las pruebas estadísticas de frecuencias y porcentaje, se le asignará un símbolo a cada indicador que será hombre 1, mujer 2.

Para la variable nivel de formación académica, se recolectará el dato, según refiera el encuestado, para poder aplicar las pruebas estadísticas de frecuencias y porcentaje, se le asignará un símbolo a cada indicador que serán, Enfermero profesional 1, Licenciado en enfermería 2.

Para la variable antigüedad en la profesión se recolectará el dato, según el encuestado refiera para poder aplicar las pruebas de estadísticas de tendencia central, que serán modo, mediana y media para luego cualificarlos en rangos que irán de 1 a 5 años 1, 6 a 10 años 2, 10 a 15 años 3 y más de 15 años 4.

La técnica estadística a utilizar será la descriptiva, se describirán y sintetizarán los datos de las variables en estudio. Para las variables complejas actitudes de empatía del personal de enfermería y percepción del comportamiento de cuidado humanizado, el tipo de análisis a realizar será bivariado porque demostrará la relación entre dos variables. Para las variables edad, sexo, nivel de formación académica, antigüedad profesional del personal de enfermería y la variable contextual, se realizará un tipo de análisis univariado, se producirá una descripción del comportamiento de cada variable, y los datos serán representados en gráficos de barras simples.

Se solicitará la colaboración de un especialista en estadísticas.

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

El estudio se llevará a cabo en el primer cuatrimestre del año 2022, comenzando en el mes de enero, estimando para las diferentes actividades los siguientes tiempos:

AÑO 2022

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Recolección d datos	XX	XX	XX	XX				
Tabulación de datos					XX			
Análisis e interpretación de datos						XX		
Confección del informe							XX	
Presentación a las autoridades								XX

ANEXOS

ANEXO I

GUÍA DE CONVALIDACIÓN DE SITIO

A fin de conocer si el lugar escogido presenta todas las características que se consideraron necesarias de acuerdo al problema, hipótesis, objetivos y población de estudio, se formularon una serie de preguntas que constituyen la guía de convalidación de sitio y se incluyen en el presente apartado.

Se solicitará autorización por escrito a las autoridades del hospital donde se llevará a cabo el proyecto de investigación.

- 1) ¿La institución permite que se realice la investigación?
- 2) ¿La institución permite que se publiquen los resultados de la investigación?
- 3) ¿Se cuenta con un espacio físico para llevar a cabo la recolección de datos?
- 4) ¿Se dictaron cursos o capacitaciones acerca de empatía y cuidado humanizado?
- 5) ¿Cuál es la cantidad total del personal de enfermería de los servicios de clínica médica, maternidad y guardia?
- 6) ¿Hay enfermeros de ambos sexos?
- 7) ¿Cuántos enfermeros de cada sexo?
- 8) ¿Cuántos enfermeros son por turno?
- 9) ¿Qué cantidad de enfermeros con antigüedad profesional menor a un año poseen los servicios? ¿Cuál es la cantidad de enfermeros con mayor antigüedad profesional que poseen los servicios?
- 10) ¿Cuál es la cantidad de licenciados en enfermería y enfermeros profesionales que poseen los servicios en estudio?
- 11) ¿Cuál es el rango de edad existente del personal de enfermería en los servicios de estudio?
- 12) ¿Se distribuye al personal en base al nivel de formación?
- 13) ¿Suelen concurrir personal de enfermería de otras áreas, para asistencia eventual en el servicio?
- 14) ¿Qué criterios se tienen en cuenta a la hora de distribución de los pacientes?
- 15) ¿Los pacientes presentan internaciones superiores a 48hs?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que VALLEJOS NOBMA es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

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

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

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

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 3 de nov. 2021

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Lic. María A. Fornillo
JEFA SERVICIO DE CLINICA
HOSPITAL ROQUE SAENZ PEÑA

ANEXO II
CONSENTIMIENTO INFORMADO

---YO-----he sido informada/o por la enfermera Norma Vallejos, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, que desarrolla un trabajo de investigación acerca de Actitudes de empatía del personal de enfermería según edad, sexo, nivel de formación académica y antigüedad profesional, y la percepción del comportamiento de cuidado humanizado de los pacientes internados, según el tipo de servicio, en un hospital público municipal de la ciudad de Rosario.,

Es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo investigativo realizando un cuestionario.
2. Permito que la enfermera Norma Vallejos utilice la información recaba, sin dar a conocer mi identidad y que utilice con el fin que compete para su investigación.
3. Acepto que la enfermera Norma Vallejos tenga acceso a mi identidad, la que no será revelada por ella, manteniendo el anonimato.
4. He sido informada/o que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento que dure la investigación con previo aviso.

Firma de la persona encuestada: _____

Fecha:

Firma de la investigadora del estudio: -----

ANEXO II

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Variable: Actitudes de empatía del personal de enfermería. Se expone a continuación el instrumento de recolección de datos que se utilizará para medir la variable que se mencionó anteriormente

Lea cada pregunta cuidadosamente y luego marque con una X la respuesta correcta, elija tan solo una respuesta por cada pregunta.

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada uno de los siguientes enunciados, marcando con una X el numero apropiado que se encuentra al lado de cada enunciado.

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (el mayor número de escala indica mayor acuerdo)

TOTALMENTE EN DESACUERDO-----1 2 3 4 5 6 7-----TOTALMENTE DE ACUERDO

		1	2	3	4	5	6	7
1	Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.							
2	Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.							
3	Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.							
4	Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.							
5	Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.							
6	Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.							
7	Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación enfermera(o)-paciente.							
8	Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.							
9	La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como enfermera(o) puede estar limitado.							
10	Creo que la empatía es un factor terapéutico.							
11	La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.							
12	MI comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento.							

13	Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.							
14	Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.							
15	Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico ,por lo tanto los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.							
16	No disfruto leer literatura no de enfermería.							
17	Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista.							
18	No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.							
19	Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.							
20	La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente..							

EDAD:

SEXO:

NIVEL DE FORMACIÓN ACADÉMICA:

ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN:

SERVICIO AL QUE PERTENECE:

- CLINICA MÉDICA

- MATERNIDAD

- GUARDIA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Variable Percepción del comportamiento de cuidado humanizado de pacientes internados.

Se expone a continuación el instrumento de recolección de datos que se utilizará para medir la variable que se mencionó anteriormente

Lea cada pregunta cuidadosamente y luego marque con una X la respuesta correcta, elija tan solo una respuesta por cada pregunta, de acuerdo a su opinión con respecto al cuidado que la enfermera le proporcionó durante su estancia en el hospital.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1- ¿Le hacen sentirse como una persona?				
2- ¿Le tratan con amabilidad?				
3- ¿Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted?				
4- ¿Le hacen sentirse tranquilo(a), cuando están con usted?				
5- ¿Le generan confianza cuando lo(la) cuidan?				
6- ¿Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado?				
7- ¿Le demuestran respeto por sus creencias y valores?				
8- ¿Le miran a los ojos, cuando le hablan?				
9- ¿Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes?				
10- ¿Le facilitan el dialogo?				
11- ¿Le explican previamente los procedimientos?				
12- ¿Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas?				

13- ¿Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos?				
14- ¿Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere?				
15- ¿Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud?				
16- ¿Le demuestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización?				
17- ¿Le dedican el tiempo requerido para su atención?				
18 - ¿Le llaman por su nombre?				
19- ¿Le atienden oportunamente sus necesidades básicas?				
20- ¿Le manifiestan que están pendientes de usted?				
21- ¿Le permiten expresar sus sentimientos?				
22- ¿Responden oportunamente a su llamado				
23- ¿Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual?				
24- ¿Le escuchan atentamente?				
25- ¿Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo?				
26- ¿Le brindan un cuidado cálido y delicado?				
27- ¿Le ayudan a manejar el dolor físico?				
28-¿Le demuestran que son responsables con su atención?				
29- ¿Le respetan sus decisiones?				
30- ¿Le indican que cuando requiera algo, usted le puede llamar				

31- ¿Le respetan su intimidad?				
32- ¿Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el medico?				

ANEXO III

Resultado del estudio exploratorio

Luego de haber realizado la convalidación de sitio, queda seleccionada la siguiente institución hospitalaria, puesto que se cumplió con todas las características necesarias para llevar a cabo el proyecto. Es decir, la institución autorizó que se realice la investigación, las variables en estudio se encuentran presentes, así como también, la población seleccionada, que cumple con los criterios de inclusión/exclusión

Cabe mencionar, que la institución pertenece a un segundo nivel de complejidad, cuenta con un óptimo espacio físico en todos sus sectores, posee buena iluminación, salas amplias y sillas, para que ambas poblaciones seleccionadas puedan utilizar el instrumento. Además, se debe citar que se cuenta con datos cuantitativos de cifras concretas. Asimismo, los servicios de clínica médica, maternidad y guardia general presentan una dotación total de enfermería de 60 enfermeros, de los cuales 10 son licenciados y 50 son profesionales

Las jornadas laborales son de 6hs, con turnos rotativos. Se atienden a pacientes que en su mayoría requieren cuidados mínimos a moderados, según datos estadísticos del hospital, el promedio de días de estada es de 6 días. Por último, los servicios no cuentan con capacitaciones o talleres acerca de la importancia de la actitud de empatía y comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.

ANEXO IV

Resultado de la prueba piloto

La prueba se llevó a cabo en los 3 sectores seleccionados de este estudio, durante los días lunes, martes, miércoles, en la semana comprendida del 17 noviembre al 22 de noviembre del 2021, en un grupo poblacional constituido por 50 pacientes y 20 enfermeras que cumplieran con las características similares a la población seleccionada para evaluar la confiabilidad del instrumento. Los instrumentos fueron aplicados en los 4 turnos existentes de cada servicio, media hora antes de la entrada y salida de la jornada laboral del personal de enfermería, Asimismo la recolección de datos fue realizada por la investigadora del estudio y 2 colaboradores, se debe destacar que cada uno de ellos se encargó de la distribución de los cuestionarios por sector seleccionado.

Para realizar la prueba, los instrumentos presentaron idénticas características que el utilizado para el relevamiento de datos del proyecto. El resultado fue positivo ya que los mismos contenían las características necesarias que reunían los requisitos esenciales de objetividad, confiabilidad, y validez. Asimismo, se obtuvieron buenos resultados con respecto, a la recepción del instrumento para el proyecto, como también se realizó en el tiempo estipulado de 20 minutos, por parte de cada unidad de análisis, por lo que no se modificó el instrumento.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que VALLEJOS NOBMA es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

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

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

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

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 3 de nov. 2021

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Lic. Verónica S. Fornillo
JEFA SERVICIO DE CLINICA
HOSPITAL ROQUE SAENZ PEÑA

BIBLIOGRAFÍA

Alcorta Garza, A., González Guerrero, J., Tavitas Herrera, S., Rodríguez, L., & Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28, 57-63. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252808>

Arcentales Lema, G., Mesa Cano, I., Ramírez Coronel, A., & Gafas González, C. (2021). Satisfacción de pacientes quirúrgicos con los cuidados de enfermería. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 212-221. Obtenido de https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/2_satisfaccion_pacientes_quir%C3%BArgicos.pdf

Ariza Olarte, C., & Daza de Caballero, R. (2008). Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. En C. Ariza Olarte, & R. Daza de Caballero, *Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado* (págs. 11-14). Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Obtenido de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=LOT4LiRF-UQC&oi=fnd&pg=PA9&dq=calidad+de+atencion+enfermeria+en+pacientes&ots=rcEtue3ys1&sig=SjoZQJWZWGOh3WKiNa2kynU1RwE#v=onepage&q=calidad%20de%20atencion%20enfermeria%20en%20pacientes&f=false>

Arriaga García, A., & Obregón De La Torre, M. (2019). Conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de hospitales de Lima. *Casus*, 102-110. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7083960>

Baron Cohen, S. (2005). *La gran diferencia: cómo son los realmente los cerebros de hombres y mujeres*. Barcelona, España: Amat. Obtenido de [https://books.google.com.ar/books?id=l_6hb0sC65EC&printsec=frontcover&dq=%2BBaron,%2BS.%2B\(2005&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=%2BBaron%2C%2BS.%2B\(2005&f=false](https://books.google.com.ar/books?id=l_6hb0sC65EC&printsec=frontcover&dq=%2BBaron,%2BS.%2B(2005&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=%2BBaron%2C%2BS.%2B(2005&f=false)

Beltrán, S., Beltrán, S., Benavent, J., Garay Godovil, A., García, N., Hernández, V., . . . Repetto, E. (2009). *FORMACIÓN EN COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES*. MADRID: LA MURALLA. Obtenido de https://books.google.com.ar/books?id=Lw5Yci94AsEC&pg=PA150&dq=empatia+por+Hogan+1969&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiL6pfW1u_zAhUnHLkGHXQrBbgQ6AF6BAGLEAI#v=onepage&q=empatia%20por%20Hogan%201969&f=false

Beltrán, S., Benavent, J., Garay Godovil, A., García, N., Hernández, V., Lozano, S., . . . Repetto, E. (2009). *FORMACIÓN EN COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES*. MADRID: LA MURALLA. Obtenido de https://books.google.com.ar/books?id=Lw5Yci94AsEC&pg=PA150&dq=empatia+por+Hogan+1969&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiL6pfW1u_zAhUnHLkGHXQrBbgQ6AF6BAGLEAI#v=onepage&q=empatia%20por%20Hogan%201969&f=false

Borrell-Carrió, F. (2011). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 390-397. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Francesc-Borrell-Carrio/publication/246618320_Empatia_un_valor_troncal_en_la_practica_clinica/links/5b867a5ea6fdcc5f8b6ed43e/Empatia-un-valor-troncal-en-la-practica-clinica.pdf

Cabal, V. E., & Guarnizo, M. (2016). Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería*, 73-81. doi:<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1436>

Castillos, A. M., Peralta, D. M., Figueroa Alcorta, R., Robetto, M. T., & Moraes Morelli, D. (2019). Empatía en los Profesionales de Enfermería de un Hospital Argentino de Alta Complejidad. *NURE invrstigación.Revista Científica de enfermería*, 101. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7135601>

Díaz Chuquipiondo, R. (2014). *Neuroventas*. Lima, Perú: Macro. Obtenido de [https://books.google.com.ar/books?id=VNOFDwAAQBAJ&pg=PT221&dq=empatia+de+Mehrabian+y+Epstein+\(1972&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiD3o-m0_LzAhU7H7kGHfn6C5kQ6AF6BAgJEAI#v=onepage&q=empatia%20de%20Mehrabian%20y%20Epstein%20\(1972&f=false](https://books.google.com.ar/books?id=VNOFDwAAQBAJ&pg=PT221&dq=empatia+de+Mehrabian+y+Epstein+(1972&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiD3o-m0_LzAhU7H7kGHfn6C5kQ6AF6BAgJEAI#v=onepage&q=empatia%20de%20Mehrabian%20y%20Epstein%20(1972&f=false)

Evangelista, C. B., Lopes, M. E., Nóbrega, M. M., & Vasconcelos, m. F. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn y Kramer. *Revista de Enfermagem Referencia*, vol. V, núm4, e20045. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388265454015>

Fernández Pintos, I., López Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía:Medidas,teorias y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24(2), 284-298. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589012>

Giménez Espert, M., Soto Rubio, A., & Estudillo García, E. (2015). Impacto de la experiencia asistencial y la edad sobre la empatía de las enfermeras. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3, 21-30. Obtenido de http://sportsem.uv.es/j_sports_and_em/index.php/rips/article/view/191

Giménez Espert, M., Soto Rubio, A., & Estudillo García, E. (2016). ¿Existen diferencias en los niveles de empatía en enfermería en función del sexo? *Revista de Investigación en Psicología Social*, 4, 5-15. Obtenido de https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=existen+diferencias+en+los+niveles+d+empat%C3%ADa+en+enfermer%C3%ADa+en+funci%C3%B3n+del+sexo&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3Di8KgAW7-QxYJ

González De La Cruz , P., Pérez Fonseca, M., Jiménez Zúñiga, E., & Martínez Martínez, L. (2017). Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institucion de segundo nivel. *Técnicas de la Enfermería y Salud*, 17-22. Obtenido de https://www.ecorfan.org/republicofperu/research_journals/Revista_de_Tecnicas_de_la_Enfermeria/vol1num1/Revista_de_T%C3%A9nicas_de_la_Enfermeria_y_Salud_V1_N1.pdf#page=24

González Hernández, O. J. (2015). Validez y confiabilidad del instrumento "Percepcion de comportamientos de cuidado humanizado. *dialnet.unirioja.es*, 15 N 3, 381-392. doi:10.5294/aqui.2015.15.3.6

Huércanos Esparza, I. (2013). Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. 22. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100001>

Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*(3). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=247&IDARTICULO=64108&IDPUBLICACION=6333>

Joven, Z., & Guáqueta Parada, S. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 37. doi:<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>

- Martinez Martín, M., & Chamorro Rebollo, E. (2017). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero*. (tercera ed.). Barcelona, España: Elsevier. Obtenido de https://books.google.com.ar/books?id=ZGawDgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=cuidado+enfermeria&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=cuidado%20enfermeria&f=false
- Massa, E. R., Méndez, I. M., & Serrano, A. M. (2016). Relación entre cuidado humanizado por Enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 26-36. doi:<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.3>
- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. (s.f.). *Educación emocional y convivencia en el aula*. España: Instituto Superior de Formación y Recursos en Red para el Profesorado. Obtenido de https://books.google.com.ar/books?id=zC_9eE8zv20C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
- Monje, P., Miranda, P., Oyarsún, J., Seguel, F., & Flores, E. (2018). Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 24. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>
- Navarro Saldaña, G., Maluenda Albornoz, J., & Varas Contreras, M. (2016). Diferencias en empatía según sexo y área disciplinar en estudiantes universitarios chilenos de la provincia de Concepción, Chile. *Educación online*, 25, 63-82. doi:<http://dx.doi.org/10.18800/educacion.201602.004>
- Olmedo Carillo, P., & Montes Berges, B. (2009). Evolución conceptual de la Empatía. (Uja, Ed.) *Revista electronica Universidad de Jaén*, 1 - 4. Obtenido de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/307>
- Pat Pech, M., & Soto Morales, E. (2017). Satisfacción del paciente adulto hospitalizado con el trato interpersonal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 119-123. Obtenido de http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/110
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier. Obtenido de https://books.google.com.ar/books?id=CYYsbyypR4cC&printsec=frontcover&dq=Modelos+y+teor%C3%ADas+en+enfermer%C3%ADa&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Modelos%20y%20teor%C3%ADas%20en%20enfermer%C3%ADa&f=false
- Repetto Talavera, E. (1992). Fundamentos de orientación: La empatía en el proceso orientado. En E. Repetto Talavera, *Fundamentos de orientación: La empatía en el proceso orientado* (segunda ed., págs. 37-42). Madrid, España: Morata. Obtenido de <https://books.google.com.ar/books?id=6q2TfGXmV40C&pg=PA37&lpg=PA37&dq=freud+empatia&source=bl&ots=hwGkXQwftp&sig=ACfU3U37fmC1KcwJuWszfut6ct-hQ3ST1Q&hl=es-419&sa=X&sqi=2&ved=2ahUKEwjtu7TUI97zAhWGqJUCHZFPcUQ6AF6BAgxEAM#v=onepage&q=freud%20empatia&f=false>
- Sanchez Herrera, B., Pinto Afanador, N., & Barrera Ortiz, L. (2010). *Cuidado y Práctica de enfermería*. Bogotá, Colombia. Obtenido de https://books.google.com.ar/books?id=1qixDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Sánchez Herrera, B., Pinto Afanador, N., & Barrera Ortiz, L. (2010). *Cuidado y Práctica de enfermería*. Bogotá, Colombia. Obtenido de

https://books.google.com.ar/books?id=1qixDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Schaffer, H. (2000). *Desarrollo Social*. México: Siglo XXI editores. Obtenido de <https://books.google.com.ar/books?id=xduCpqpPKBgC&pg=PA330&dq=empatia+de+fue+hoffman&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwimtv39yfHzAhVjrZUCHWk3C9QQ6AF6BAgFEAI#v=onepage&q=empatia%20de%20fue%20hoffman&f=false>