

**Universidad Nacional del Comahue
Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud
Centro Universitario Regional Zona Atlántica**



TESIS

**“Autopercepción de los profesionales de enfermería sobre la
calidad de cuidados humanizados que ofrecen en los servicios
de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de Carmen
de Patagones”**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE GRADO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Alumno: Enf. Cayumil Daniela V.

Legajo N°:11579

Directora: Esp. Silvia Ester Heckel Ochoteco

Carmen de Patagones – Marzo 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por sobre todas las cosas por haberme permitido lograr esta meta, por guiarme todo el tiempo de mis estudios.

A la vida por haberme bendecido con una familia maravillosa.

A una persona con una alta calidad humana e intelectual, que ha sabido desinteresadamente ser mi apoyo y guía en este proceso. A la Esp. Silvia Heckel Ochoteco, por su paciencia, tiempo y dedicación.

A las autoridades y compañeros del hospital Pedro Eca, por permitirme la ejecución del proyecto y desarrollarme profesionalmente.

A todos los profesionales de enfermería del hospital, quienes participaron del estudio, desinteresadamente, gracias por su colaboración y entusiasmo.

A la Universidad Pública, por todo los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación.

A mis compañeros y docentes que me han apoyado en mi formación académica para desarrollar mi profesión de enfermera.

DEDICATORIA

A mi esposo e hijos.
por su apoyo incondicional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCION.....	10
CAPITULO I.....	12
DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACION Y RELEVANCIA.....	16
CONTEXTO.....	21
OBJETIVOS.....	24
OBJETIVO GENERAL.....	24
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
CAPITULO II.....	26
ESTADO DEL ARTE.....	26
MARCO TEORICO.....	40
LA TEORÍA DEL CUIDADO TRANSPERSONAL.....	40
TEORÍA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA.....	53
MARCO CONCEPTUAL.....	58
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	63
CAPITULO III.....	69
DISEÑO METODOLOGICO.....	69
CAPÍTULO IV.....	74
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	74
RESULTADOS.....	76
DISCUSION.....	99
CAPITULO V.....	106
CONCLUSION.....	106
RECOMENDACIONES.....	108
CAPITULO VI.....	112
BIBLIOGRAFÍA.....	112
ANEXOS.....	116

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los Profesionales de Enfermería según Género	76
Tabla 2 Distribución de los Profesionales de Enfermería según Edad	77
Tabla 3: Distribución de los Profesionales de Enfermería según Estado Civil	78
Tabla 4 Distribución de los Profesionales de Enfermería según Nivel de Formación	79
Tabla 5 Distribución de los Profesionales de Enfermería según Antigüedad laboral	80
Tabla 6 Distribución de los Profesionales de Enfermería según Antigüedad en un servicio de Internación.....	81
Tabla 7 Distribución de la Autopercepción Global según la calidad de cuidado humanizado ofrecido.....	82
Tabla 8 Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Fenomenológica	84
Tabla 9 Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Interacción	88
Tabla 10 Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Necesidad Humana	92
Tabla 11 Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Científica.....	95

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de Profesionales de Enfermería según Género	76
Gráfico 2 Distribución de Profesionales de Enfermería según Edad.....	77
Gráfico 3 Distribución de Profesionales de Enfermería según Estado Civil	78
Gráfico 4 Distribución de los Profesionales de Enfermería según Nivel de Formación	79
Gráfico 5 Distribución de los Profesionales de Enfermería según Antigüedad Laboral	80
Gráfico 6: Distribución de los Profesionales de Enfermería según Antigüedad en un servicio de Internación.....	81
Gráfico 7 Distribución de la Autopercepción Global según la calidad de cuidado humanizado ofrecido.....	83
Gráfico 8 Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Fenomenológica	84
Gráfico 9 Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Interacción	88
Gráfico 10 Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Necesidad Humana.....	92
Gráfico 11 Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Científica.....	95

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Distribución de las de las respuestas a las afirmaciones según FC y PCC en la Dimensión Fenomenológica.....	85
Cuadro 2 Distribución de las de las respuestas a las afirmaciones según FC y PCC en la Dimensión Interacción	89
Cuadro 3 Distribución de las de las respuestas a las afirmaciones según FC y PCC en la Dimensión Necesidad Humana.....	93
Cuadro 4 Distribución de las de las respuestas a las afirmaciones según FC y PCC en la Dimensión Científica	96

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de describir cuál es la autopercepción sobre la calidad de cuidados humanizados que ofrecen los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de Carmen de Patagones, durante los meses febrero-marzo del 2018. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal, con una muestra de 42 enfermeras/os que trabajan en los servicios de internación de la institución quienes respondieron a un cuestionario de 30 ítems, Caring Efficacy Scale desarrollado por Carolie Coates en 1992 que se basa en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Jean Watson.

Los resultados demuestran que los participantes del estudio autoperciben en su gran mayoría (71%), que ofrecen una calidad de cuidado humanizado “bueno”. Sin embargo los factores de cuidado con indicadores bajos de acuerdo a la teoría de Watson, fueron los siguientes: “Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás”, “Inculcación de la fe y esperanza”, “Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos” y el “Desarrollo de la relación ayuda y confianza”. Por lo que se sugiere un trabajo constante y esforzado de las enfermeras a fin de aumentar la autopercepción de cuidado humanizado.

Palabras claves: Autopercepción; cuidado humanizado; enfermería.

ABSTRACT

The research was conducted with the aim of describing what is the self-perception on the quality of humanized care offered by the nursing professionals who work in the hospital services of the Pedro Ecay Municipal Hospital in Carmen de Patagones, during the months February-March of 2018. The study was quantitative, descriptive, cross-sectional, with a sample of 42 nurses working in the inpatient services of the institution who responded to a questionnaire of 30 items, Caring Efficacy Scale developed by Carolie Coates in 1992 that is based on the Transpersonal Theory of Human Care by Jean Watson.

The results show that the study participants self-perceive that they offer a quality of humanized care between good and regular. However, in the factors of care with low indicators according to Watson's theory were the following: Cultivation of sensitivity towards oneself and towards others, Inculcation of faith and hope, Promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings and the recognition of phenomenological existential forces. For this reason, a constant and effortful work of nurses in order to increase the perception of humanized care.

Keywords: Self-perception; humanized care; Nursing

INTRODUCCION

La presente investigación se realizó con el propósito de describir cuál es la autopercepción de la calidad de cuidados humanizados que ofrecen los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de Carmen de Patagones, durante los meses febrero-marzo del 2018.

El interés en el tema surge a raíz de que la autora se desempeña desde hace ocho años en la misma institución como enfermera y porque en su experiencia en las prácticas profesionalizantes durante la carrera, ha observado diferencias en el tipo de cuidado que se ofrece a la hora en que se produce la relación terapéutica entre el personal que conforma el equipo de enfermería y las personas cuidadas en los diferentes servicios de internación.

En este sentido se ha vislumbrado desiguales respuestas por parte de los enfermeros, además de que conoce que en muchas ocasiones estas desigualdades, han sido percibidas por los usuarios del servicio y verbalizadas claramente a otros agentes de salud y las autoridades institucionales.

Así, al realizar la presente investigación se podrá conocer con mayor certeza, si existen diferencias significativas en la autopercepción sobre la calidad de cuidados humanizados que brindan los enfermeros en los servicios de internación donde trabajan, estableciendo indicadores socio-demográficos que permitirán conocer las características de ese personal e indicadores sobre la

calidad de cuidados humanizados según cuatro dimensiones, tales como la fenomenológica, interacción, necesidad humana y científica.

Finalmente cabe mencionar que en el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), revisado y modificado en el año 2012, en el elemento referido a las enfermeras y las personas, se aborda la temática, y se define como elementos esenciales del cuidado de las mismas a la responsabilidad de las enfermeras que “Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad”, definiéndose además la necesidad de que existan valores profesionales tales como respeto, compasión, disponibilidad, confianza e integridad”.

Por último, con el objeto de obtener el título de grado correspondiente y en cumplimiento de las Normativas vigentes para la elaboración de un plan de tesis de la carrera de Licenciatura en Enfermería del CURZA-UNCo, se realiza el presente informe de la investigación, contando el mismo con seis capítulos.

En el primero de ellos, se delimita el problema, se lo justifica y se define la relevancia del tema a investigar incluyéndose los objetivos generales y específicos, en el segundo capítulo se presenta el estado del arte y el marco teórico que guiaron el proceso de investigación, en el tercero se precisa el diseño metodológico, en el cuarto se presenta el análisis de los datos, los resultados y la discusión, en el capítulo cinco se presentan las conclusiones y recomendaciones, para finalmente en el capítulo seis incorporar la bibliografía utilizada y los anexos correspondientes.

CAPITULO I

DELIMITACION DEL PROBLEMA

Se entiende por cuidado, la capacidad de los seres humanos de velar por su bienestar físico. Esta es una característica innata de cada persona, que con el pasar de los años y por acción de estos mismos se va perdiendo produciéndose una pérdida en la capacidad de responder a los factores desencadenantes de dicho deterioro. “Los cuidados son la esencia de enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración” (Watson-1988 -Pág.9). Sin embargo las instituciones hospitalarias impregnadas del modelo asistencial y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando el ejercicio profesional de las enfermeras de su visión humanística y holística del cuidado.

El cuidado humanizado es una necesidad observada y sentida durante las prácticas clínicas diarias, donde se observa que muchos de los integrantes del equipo de enfermería, sólo se acercan a las personas enfermas para brindar tratamiento, dando mayor valor en su accionar cotidiano a los aspectos técnicos, distanciándose por lo tanto, de los valores morales y ético inserto en su ejercicio. Estos aspectos son los que apartan a las enfermeras del análisis crítico de su realidad y la mantienen en una cómoda neutralidad en donde prevalece la rutinaria ejecución de procedimientos.

Diferentes estudios que se analizaron en la búsqueda bibliográfica referidos al tema en estudio, revelan aspectos deshumanizante en el cuidado tales como, fallas en las condiciones de trabajo y relaciones del cuidado, o sea, fallas en el cuidado de la persona, traducidas en las relaciones de anonimato, en la despersonalización del individuo, en la falta de privacidad, en la falta de información, al dejar de ver al sujeto de atención como una persona para ser un caso interesante al que no se le realizan un plan de cuidado acorde a las necesidades humanas de esa persona.

En muchas ocasiones en la práctica diaria, se observa que enfermería solo se acerca al su sujeto de atención, para la ejecución de procedimientos, que algunos saludan de una manera cordial y otras de una manera déspota; asimismo muchos de las personas cuidadas se quejan de la atención recibida por los enfermeros, otros tantos agradecen y reconocen la calidad del cuidado recibido.

Ante estas disyuntivas, se planteó el problema, objeto de esta investigación, para conocer la calidad del cuidado humanizado que se presta desde la percepción del propio profesional de enfermería.

Teniendo en cuenta que la autopercepción del cuidado humanizado de enfermería, varía en función de las características de las personas cuidadas, la cultura, las expectativas, los componentes personales, el tipo de enfermedad que determina la internación, la edad, el nivel de formación, entre otros factores que contribuyen a la constitución del ser y estar, de las personas que intervienen en la relación terapéutica del quehacer de enfermería, se considera que sería oportuna una medición desde la percepción del propio profesional de enfermería, con el fin de ofrecer información a las autoridades de la institución para promover acciones

que permitan realizar ajustes y hacer seguimiento al cuidado ofrecido en el hospital Municipal Pedro Ecay. Así se podría identificar algunos de los defectos en el cuidado de enfermería ofrecido y fortalecer el concepto de las personas asistidas acerca del cuidado-enfermero recibido en la institución donde se realizará el estudio.

Por estas razones, se considera importante la realización del estudio, formulándose los siguientes interrogativos que se constituyen como ejes de la investigación:

1. ¿Cuál es la autopercepción sobre la calidad de cuidados humanizados que ofrecen los enfermeros de los servicios de internación del hospital Municipal Pedro Ecay de la localidad de Carmen de Patagones, durante los meses de febrero y marzo 2018?
2. ¿Cuáles son las características socio-demográficas de los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de la localidad de Carmen de Patagones, durante los meses de febrero y marzo del año 2018?
3. ¿Cuál es la autopercepción sobre calidad de cuidados humanizados que ofrecen según las 4 dimensiones de la teoría de Watson (fenomenológica, interacción, necesidades humanas y científica), que poseen los enfermeros que trabajan en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de la localidad de Carmen de Patagones entre los meses de febrero y marzo de 2018?

Por todas estas razones y en consonancia con lo explicitado anteriormente, surge la siguiente investigación definida como:

“Autopercepción de los profesionales de enfermería sobre la calidad de cuidados humanizados que ofrecen en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de Carmen de Patagones en los meses de febrero y marzo del año 2018”

JUSTIFICACION Y RELEVANCIA

La realización de esta investigación parte de la observación y vivencia de la práctica diaria de la autora, dónde se advierte la existencia de actitudes y sentimientos, que potencian o limitan el aspecto humano de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en los diferentes servicios de internación.

Por otra parte, Poblete afirma que el riesgo en la deshumanización del cuidado esta dado a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, lo que hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

Ante esta situación los Profesionales de Enfermería corren también el riesgo de centrar su quehacer en lo administrativo, dejando en segundo plano el deber de velar por la integridad de la persona cuidada. La atención en salud está cada vez más tecnificada y menos humanizada. A veces el hecho de tener los conocimientos necesarios y dominar la técnica, lleva al profesional a actitudes de prepotencia donde no se tienen en cuenta las necesidades de la persona cuidada, sino que se dan por supuestas las mismas y así, en muchas ocasiones no existen coincidencias entre lo que el cuidador ofrece y lo que demanda en realidad la persona cuidada, generando un aumento de la ansiedad e insatisfacción de los usuarios del sistema de salud.

Desde la experiencia personal se ha observado que estas diferencias podrían relacionarse con el tipo de servicio de internación en el que trabajan los

enfermeros, la edad que poseen y los años de experiencia laboral que detentan. Razones estas, por lo que se ha decidido conocer a la hora de realizar la investigación, las características sociodemográficas de los enfermeros que trabajan en los servicios de internación.

Por otra parte se considera que este estudio permitirá conocer, sobre la autopercepción, al brindar cuidado humanizado, que tienen los enfermeros en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de Carmen de Patagones, considerando la apreciación de los mismos, como un indicador importante de la calidad de atención y como una forma indirecta de evaluar las intervenciones implementadas por esta profesión. Se piensa que desde la propia autoconciencia moral, será posible conocer cómo se está brindando el cuidado y si se está ayudando a que las personas cuidadas alcancen su bienestar en el momento de internación, de una manera grata y humanizada.

Además, el desarrollo de nuevas investigaciones en pro del crecimiento de enfermería y la calidad del cuidado brindado, permitirá hacer un aporte importante para mejorar la atención e implementar nuevas estrategias para que los profesionales de enfermería brinden un cuidado humanizado, fortaleciendo la profesión en el cuidado holístico.

La relevancia social también se fundamenta en la necesidad de promover un cuidado humanizado, que garantice un cuidado de calidad y con calidez para el usuario y familia y al mismo tiempo que la salud laboral del profesional de enfermería no se vea amenazado por factores de riesgos psicosociales.

La autora de la presente investigación está convencida que el análisis sobre la posición humanística de los profesionales de enfermería del hospital

Municipal Pedro Ecay respecto al cuidado, puede incidir en un quehacer más significativo y enriquecedor, puesto que en la institución no se han realizados estudios acerca de este tema. Conocer la autopercepción de cuidado que tienen los propios profesionales en los servicios internación sería una importante contribución para la institución, debido a que los resultados pueden aportar a la implementación de un programa de humanización, logrando que se fortalezca y trascienda el cuidado humanizado a los diferentes servicios, como un valor esencial del cuidado desde el fortalecimiento de las relaciones interpersonales.

Además, la autora piensa que ayudará así, a la necesidad de contribuir al mejoramiento de la prestación de cuidado en los servicios de internación, de manera humanizada y diferencial a los usuarios.

Por otra parte, la importancia de indagar sobre este tipo de cuidado que se ofrece en el momento de la internación de una persona, encuentra su importancia, si se entiende a la salud desde el aspecto legal, como derecho y garantía constitucional. Así la protección de la vida y de la integridad psicofísica de la persona humana, desplaza el análisis de la órbita de los derechos individuales y lo traslada al nivel de los derechos sociales y colectivos. Esta situación se visualiza a partir de la última reforma del texto constitucional Argentino, donde se otorgó jerarquía constitucional a los tratados internacionales sobre derechos humanos, afianzando la supremacía de la persona (Galdós, Jorge Mario, La Ley, 2008).

En la provincia de Buenos Aires la ley básica de Salud 153 / 99 tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal final garantía de los

derecho a la salud integral que se sustentan en los principios de la concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades básicas.

De acuerdo a esta ley el capítulo II derecho y obligaciones de las personas establece en su Art. 4° (inc. a, al inc. p) que son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención, el respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural, a la inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden; a la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad; al acceso a su historia clínica, consentimiento informado y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud .

De esta forma, la profesión de enfermería, integrante del equipo interdisciplinario de salud y encomendada a promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar la salud y aliviar el sufrimiento, debe entonces, vigilar por este derecho como bien primordial y social, que hace a la dignidad humana. Por ello es necesario aludir que este principio se pone de relieve en el Código Deontológico del CIE, mencionando entre los elementos referidos a la “Enfermera y las Personas”, que al ofrecer sus cuidados, “la responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería y al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

Estas normas éticas resumidas anteriormente, encuentran su concordancia con la ley nacional y de la provincia de Buenos Aires sobre “derechos del paciente”, (leyes N° 26529 y 14464, respectivamente), así como las leyes nacionales y provinciales de “ejercicio de la profesión” (Ley 24004 y 12245 respectivamente).

La presente investigación, procura además, otorgar elementos para que se inicien otras investigaciones a fin de recapacitar sobre la relación cuidador persona-cuidada, no como una cuestión adicional del cuidado técnico, sino como una acción que se halla invariablemente vigente, en la internación.

CONTEXTO

La ciudad de Carmen de Patagones, se encuentra a 937 Km, al sudoeste de la ciudad de Buenos Aires. La ciudad está erigida sobre la orilla norte del Río Negro, río que la separa de la ciudad de Viedma, capital de la provincia de Río Negro, constituyendo ambas ciudades la comarca de Viedma-Carmen de Patagones. Actualmente la localidad cuenta con 20533 habitantes¹.

El Hospital Municipal Pedro Ecay es el centro de salud de cabecera del partido de Patagones, ya que cubre la demanda de todo el distrito (el más extenso de suelo bonaerense) y recibe derivaciones de los hospitales de menor complejidad de Stroeder y Villalonga, así como de las unidades de Juan A. Pradere, José B. Casás, Cardenal Cagliero y Bahía San Blas.

Es un hospital para pacientes agudos que cuenta con atención ambulatoria, internación, medicina preventiva, diagnóstico y tratamiento. Cuenta con 120 camas distribuidas entre internación general, geriátrico y salud mental².

Entre las patologías más comunes se encuentran, apendicitis, litiasis biliar, insuficiencia respiratoria, politraumatismos, traumatismos, insuficiencia cardiaca, abdomen agudo, hemorragias digestivas altas y bajas, ACV, partos cesáreas.

La institución cuenta con los servicios de clínica médica ubicada en la planta baja del hospital la misma tiene una disponibilidad de 15 camas, el porcentaje ocupacional anual es de 742,32%, el recurso humano, de enfermería se compone de 13 enfermeros, en la planta alta se encuentran los servicios de

¹ Dato obtenido en instituto nacional de estadísticas y censo. Disponible en: <http://www.sig.indec.gob.ar/censo2010/>

² Centro de estadística del hospital municipal Pedro Ecay. Año 2017.

clínica quirúrgica que cuenta con un plantel de 12 enfermeros y una disponibilidad de 18, camas el porcentaje ocupacional de 439,72%, el servicio de maternidad cuenta con 10 camas con un porcentaje ocupacional de 284,67% y un plantel de enfermeros 12 enfermeros.

El servicio de terapia intensiva está ubicado junto al quirófano, conectada con terapia intermedia, dispone de una capacidad de 4 camas, uno de ellos box de aislamiento .Cada una de ellas esta provista de monitoreo cardíaco, módulos de presión no invasiva y paneles de administración de oxígeno y aspiración central y cuenta con cuatro respiradores. Las camas son adaptables a las distintas posiciones que se requieren, el porcentaje ocupacional anual de 381,4%.

Frente a este sector se encuentra la terapia intermedia con una capacidad de cinco camas (habitaciones individuales) dos de ellas cuentan con monitor para monitoreo continuo. Las mismas son asignadas a pacientes lúcidos en recuperación, ya que el diseño ofrece mayor privacidad. Pese a esto, debido a la gran demanda habitualmente se ocupan con pacientes críticos porcentaje ocupacional anual de 117,79%.

El recurso humano de enfermería, se compone de ocho enfermeros en terapia intensiva y siete enfermeros en terapia intermedia, desempeñándose todos en el área operativa sin distinción de funciones. Sus edades oscilan entre los 23 a 50 años. . El horario de visitas se establece diariamente de 12 a 12:30 hs. Y de 19 a 19.30; ajustándose a las situaciones de urgencia del servicio.

Todos los servicios de internación disponen de un office de enfermería con áreas limpia y sucia, baños para personal, chatero, y sala de estar para enfermería, una sala de médicos y una pequeña habitación para el descanso de

los mismos. En relación a la carga horaria, la jornada se encuentra dividida en cuatro turnos de seis horas cada uno.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la autopercepción sobre la calidad de cuidados humanizados que ofrecen los profesionales de enfermería en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de Carmen de Patagones durante los meses de febrero y marzo 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Conocer las características socio-demográficas de los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay.
- b. Reconocer la autopercepción sobre calidad de cuidados humanizados según la dimensión fenomenológica de la teoría de Watson, que poseen los enfermeros profesionales que trabajan en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay.
- c. Reconocer la autopercepción sobre calidad de cuidados humanizados según la dimensión interacción, de la teoría de Watson, que poseen los enfermeros profesionales que trabajan en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay.
- d. Reconocer la autopercepción sobre calidad de cuidados humanizados según la dimensión necesidades humanas de la teoría de Watson, que poseen los enfermeros profesionales que trabajan en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay.
- e. Reconocer la autopercepción sobre calidad de cuidados humanizados según la dimensión científica, de la teoría de Watson, que poseen los

enfermeros profesionales que trabajan en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay.

CAPITULO II

ESTADO DEL ARTE

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de internet, utilizando fuentes secundarias de revistas electrónicas como Enfermería Global ,Biblioteca regional de medicina Bireme, Scielo, Medline, Biblioteca las Casas, Eortal de Enfermería Ebevidencia y Google Académico, utilizando como descriptores “Cuidado” “humanización” “enfermería”, “cuidado humanizado en salud ”, “deshumanización del cuidado”, “percepción de cuidado humanizados”, de las cuales se leyeron y seleccionaron investigaciones que tenían mayor relación de con la temática en cuestión “percepción de cuidados humanizados en los servicios de internación, se tomaron como prioritarias las más recientes, las mismas se analizaron realizando un resumen sobre las líneas de investigación, metodologías utilizada y resultados.

De origen nacional solo se encontró un estudio de enfermería similar, pero sí se encontraron algunos informes extranjeros que guardan relación y que servirán como soporte de esta investigación.

- Farías F, Vidal L **“Cuidado Humanizado en la UCI: desafíos en la visión de los profesionales de la salud”**. J. res.: fundam. Care. Online .Brasil Janeiro 2013. Realizaron un estudio cualitativo en la UCI de un hospital público de Janeiro Brasil, con el objetivo de determinar cuál es la visión de cuidados humanizados en la atención que tienen los profesionales. Los participantes de esta investigación, son conscientes de la importancia y necesidad de ayuda humana, como una herramienta esencial para la recuperación de los pacientes críticos, sin embargo, lo que predomina en la uci es aun la atención

técnica. Concluyendo en que la humanización de la atención es un tema ampliamente discutido en las instituciones por profesionales de la salud, pero sigue siendo una realidad poco experimentado en los hospitales, especialmente en las unidades de cuidados intensivos. En este estudio se sugieren cambios urgentes, con el fin de construir una atención de calidad, plenamente humano, teniendo en cuenta la complejidad del ser humano gravemente enfermo, reconociendo sus elementos y especificidad como biológica, social y subjetivo. Consideran además que es necesario, un mayor desarrollo profesional, el compromiso de los gerentes y todos los interesados para cumplir los desafíos que dificultan la prestación de la atención humanizada en la UCI, apoyar y mejorar el equipo de salud y, por lo tanto, la concesión de subvenciones para que puedan proporcionar una atención más humana y agradable para los usuarios.

- **Beltrán Zuli Milena “Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería Bogotá, Colombia 2017.”**

Realizo un estudio de metodología cuantitativa de tipo descriptivo con el objetivo de describir la percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la unidad de cuidado intensivo Adultos (UCI A) de un hospital de III Nivel de la ciudad de Bogotá. La muestra estuvo constituida por 55 pacientes, se aplicó el instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) 3ª versión, diseñado por Luz Nelly Rivera Álvarez, Álvaro Triana .Se utilizó el análisis estadístico descriptivo para referir la percepción global del cuidado humanizado. Los resultados obtenidos al aplicar el

instrumento PCHE proporcionaron la siguiente información: la percepción global del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, tuvo una media mayor a 83, lo que indica que fue percibido siempre como un cuidado humanizado. A su vez los participantes, dieron una buena calificación a los cuidados brindados por el personal de enfermería: en cuanto a las tres categorías del instrumento tales como: categoría priorizar el sujeto de cuidado (la persona) la cual obtuvo una calificación alta del 60% como siempre, casi siempre 14%, algunas veces 22% y nunca 4 %, en la categoría apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona, se obtuvo resultados favorables del 42 %, casi siempre el 24 %, algunas veces 25 y el 9% nunca y por último la categoría cualidades del hacer de enfermería los comportamientos fueron calificadas como: 27 % siempre, casi siempre el 35 % y algunas veces percibieron cualidades del hacer de Enfermería, por último el 14% nunca, lo que significa en términos generales una buena percepción global de un cuidado humanizado; en cada una de las categorías se presentan los puntajes más altos y los más bajos obtenidos con las observaciones de los participantes. Estos resultados permitieron fortalecer la relación terapéutica (enfermera-paciente) en la experiencia de salud del otro, generando confianza, respeto y una presencia auténtica, en un ambiente en el que la parte emocional, espiritual y psicológica son vulnerables; reconociendo los problemas y necesidades reales y claves para la realización de actividades que pueden contribuir en la recuperación y rehabilitación de la persona en situación crítica de salud.

- Juárez, Claudia, Sate Mario, Villarreal Pedro **“Cuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes en el servicio de unidad de**

terapia intensiva Hospital Infantil Municipal” .Universidad Nacional de Córdoba 2009. El presente estudio se llevó a cabo a través de un diseño cuantitativo descriptivo y transversal en el hospital infantil municipal de Córdoba con el objetivo de determinar los cuidados humanizados que brinda enfermería a los pacientes en el servicio de terapia intensiva .Se aplicó una encuesta para conocer los cuidados humanizados que brinda enfermería en la unidad de terapia intensiva, el instrumento utilizado fue la entrevista no estructurada, constando de 20 items, utilizando como respuestas preguntas abiertas La información se obtuvo por medio de una encuesta, en su modalidad de entrevista no estructurada, los datos fueron recolectados durante los meses junio-agosto del 2009. La población en estudio estuvo conformada por las enfermeras de los tres turnos que trabajan en el servicio, correspondiendo a un universo total de 18 enfermeras. Los criterios establecidos para valorar los cuidados humanizados que brinda enfermería fueron categorizados en datos identificatorios: (*sexo edad*, antigüedad laboral), la variable cuidados humanizados que brinda enfermería fue estudiada en las siguientes dimensiones: Interacción enfermera -paciente, apoyo emocional, apoyo físico, atención anticipada, priorización del cuidado, disponibilidad para la atención, dividida en subcategorías. Los resultados dan cuenta que el universo, estuvo conformado en su mayoría por personal de enfermería con edad entre 31 – 41 años, correspondiendo al 67% de la población en estudio, el 22% correspondieron, a edades entre 42 – 52 años y las de menor edad oscilan entre 20 – 30 años con el 11%. La población en general, presenta antigüedad laboral entre 5 - 10 años, y en menor proporción se observa, una antigüedad que varía entre 11 y 15 años. El grupo en estudio

en general manifiesta que si existe presencia de cuidados humanizados durante la interacción enfermera - paciente. Las categorías con mayor frecuencia son: interés por lo que siente el paciente, disponibilidad para acercarse al mismo e interés por conocer sus preferencias; y trato respetuoso al paciente como individuo, con menor frecuencia son: relación cercana al paciente ,en la dimensión apoyo emocional y apoyo físico existe cuidado humanizado ,según opinión de enfermeros dentro de las categorías: procura el bienestar del paciente y con menor frecuencia ayuda para que el paciente exprese sus miedos y temores mediante la escucha activa y acompañamiento al paciente durante procedimientos médicos. En cuanto a las categorías, atención anticipada, priorización del cuidado, disponibilidad para la atención, existe en menor frecuencia.

- Romero-Massa Elizabeth Contreras-Méndez Inelda Pérez Yanileth Moncada Anny Jiménez-Zamora Verónica **“Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados”**. Cartagena, Colombia.2013 Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar la percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados en una institución de III y IV nivel, en Cartagena, Colombia. En la cual participaron 132 pacientes con más de 72 hs. de hospitalización. La recolección de la información se realizó mediante una encuesta sociodemográfica y el instrumento PCHE “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”. Las categorías en que se midió el instrumento fueron: Sentimientos del paciente, Características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, pro actividad, empatía, priorizar al ser de cuidado, disponibilidad para la atención. El procesamiento de la

información se realizó mediante el paquete estadístico, los datos se expresaron en frecuencias, porcentajes, promedio y desviación estándar arrojando los siguientes resultados, el promedio de edad fue de 51,4 años, fue predominante el sexo femenino con el 54.5%. El tiempo de hospitalización promedio fue de 11,5 días. En cuanto al estado de salud, el de mayor predominio fue el estable (72%), la percepción global de cuidado humanizado fue de 55,4% siempre, 35% casi siempre, 7.9% algunas veces y nunca 1.7%. Por categorías las mejores evaluadas fueron: priorizar al ser de cuidado con el 58.8%, dar apoyo emocional con 57,5% y disponibilidad para la atención con 56,2%. Los resultados de percepción de comportamientos respecto al cuidado humanizado por enfermería en la institución hospitalaria fueron satisfactorios, encontrándose una mejor percepción en relación a priorizar al ser de cuidado, dar apoyo emocional, las características personales y cualidades del hacer. Solo se presentó una percepción disminuida en relación a la pro actividad y empatía de la enfermera. Los estudios del cuidado humanizado muestran que las enfermeras se sienten gratificadas al proporcionarlo y, es por esto, que la percepción del cuidado tiene características holísticas y humanas en las enfermeras, evidencia confirmada por los resultados de este estudio. El desarrollo de nuevas investigaciones en pro del crecimiento de enfermería y la calidad del cuidado brindado, permitirían mejorarla atención e implementar nuevas estrategias para que los profesionales de enfermería brinden un cuidado humanizado, fortaleciendo la profesión en el cuidado holístico.

- Claudia Ramírez Perdomo, Myriam Parra Vargas **“Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados**

intensivos avances en enfermería” Neiva Colombia 2011. Estudio realizado bajo la metodología cuantitativa de tipo descriptivo, correlacional ,transversal el cual tuvo como objetivo determinar la percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los usuarios y el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, de la ciudad de Neiva, Colombia. La muestra fue de 122 pacientes hospitalizados en la UCI, 13 enfermeras profesionales y 13 auxiliares de enfermería, para el cual se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión para los usuarios: paciente que se encuentre dentro de las primeras 48 horas de egreso de la UCI y pacientes con más de 48 horas de hospitalización en la UCI, que se encuentren despiertos, orientados y que puedan dar respuesta verbal, mayores de 18 años, con aceptación voluntaria para participar en el estudio. Para personal de enfermería se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: periodo de antigüedad mayor de un mes, debido a que existe un mayor afianzamiento en el quehacer de enfermería en el servicio de la UCI. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento CARE-Q la intención específica del mismo es la de medir, por importancia clasificada, las diferencias y las semejanzas de las percepciones que tienen las enfermeras y los pacientes acerca de los 50 comportamientos de cuidados de la enfermera. La percepción de los comportamientos del cuidado se determinó mediante el empleo del instrumento propuesto en cual se establecieron las siguientes categorías: ser accesible, explicar y facilitar, confortar, anticiparse, mantener la relación de confianza, monitorear y hacer seguimiento. Para el análisis de datos se aplicó medias de tendencia central, tablas de frecuencia, tablas

generales y correlación de Pearson. Los resultados arrojaron que de 148 personas que participaron el 52% correspondían al sexo femenino y 42% al masculino, de los cuales el 9% eran enfermeros profesionales, el 9% auxiliares de enfermería y el 82% pertenecían al grupo de pacientes; en cuanto al rango de edad, en el grupo de enfermeros profesionales la mayor frecuencia (70%) se ubicó entre 18 y 26 años; en el grupo de auxiliares la mayor frecuencia se encontró entre 27 y 35 años (46%), y el grupo de pacientes que se ubicó en el rango de edad de 18 a 26 años fue de un 29. En cuanto a la variable en estudio los resultados muestran que existe correlación en la percepción de los comportamientos de cuidado entre los pacientes y el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, en las categorías de ser accesible, monitorea y hace seguimiento y mantiene relación de confianza, con una correlación alta y positiva, mientras que en las categorías explica, facilita y se anticipa presentaban correlación baja una y negativa; esto permite establecer que existen cuatro categorías en las cuales, tanto los pacientes como el personal de enfermería, coinciden en orden de importancia, y solamente dos de estas presentan discrepancias. El grupo de pacientes le dio una calificación alta a la categoría accesible, dándole importancia al establecimiento de la relación interpersonal enfermera-paciente, mediante la cual se satisfacen las necesidades de manera oportuna y el paciente se siente bien cuidado; las otras categorías recibieron una calificación ubicada en el nivel medio. Los comportamientos de cuidado entre los pacientes y el personal de enfermería en la UCI calificados en nivel medio son los comportamientos que el paciente no considera tan importantes, pero su ausencia puede ser considerada como una alteración en la percepción de la

calidad del cuidado, llevando a percibir un servicio con una calidad baja o mala. Determinar la satisfacción de los usuarios con el cuidado recibido es crucial para evaluar los servicios, orientándolos hacia estrategias encaminadas al mejoramiento continuo de la calidad. En este estudio de percepción de los comportamientos de cuidado de enfermería se logró identificar que la importancia de los comportamientos de cuidado tiene que ver principalmente con las relaciones interpersonales, el cuidado humano, la necesidad de comunicación y que evidencian cómo las interacciones personales entre enfermería y los usuarios hospitalizados en la UCI le dan prioridad al componente humano.

- Ángela Espinosa Aranzales, Carolina Enríquez, Felipe Leiva Aranzales Martha López Arévalo, Luz Castañeda Rodríguez **“Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería” ciencia y enfermería**” xx (2):39-49, Bogotá D.C. 2015. Realizaron este estudio de metodología cualitativa, dialéctica participativa de enfoque histórico-hermenéutico, con el objetivo de construir colectivamente un concepto de cuidado humanizado de enfermería en dos hospitales universitarios de Bogotá D.C. La población en estudio fueron los profesionales de enfermería de las dos instituciones hospitalarias, los criterios de inclusión fueron: los participantes debían ser profesionales y tener como mínimo tres meses de experiencia laboral en cada una de las instituciones, participaron en total 57 enfermeros. Para el método utilizado se hicieron ocho grupos focales y una entrevista semi-estructurada para un total de 57 profesionales de enfermería. La construcción se hizo a partir de un preconcepto basado en el marco teórico, el cual se sometió a discusión entre los participantes. El análisis de

los datos se hizo a través de la metodología de análisis de contenido. El concepto final incluyó seis categorías: integralidad del sujeto, dignidad y condición humana, principios éticos, reflexión científica, autocuidado y comunicación asertiva y efectiva. Éste reúne elementos fundamentales para la expresión del acto de cuidar, lo que puede sugerir que el atributo de humanización está implícito en el cuidado de enfermería. Ya que se aprecia una concepción operativa y limitada que no evidencia una reflexión trascendente sobre el significado del hombre y la humanización. Los hallazgos de esta investigación sirvieron como base para el diagnóstico situacional del cuidado humanizado en las instituciones objeto de estudio, así como para la búsqueda de alternativas para el fortalecimiento de la humanización como un sello en los servicios de enfermería.

- Barbosa L, Azevedo S. **“Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos”**. Santa Catarina, Brasil Índex vol.15 n°54 oct.2006. Realizaron una investigación de metodología cualitativa con el objetivo de conocer los significados y las percepciones del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos según la óptica de enfermeros, pacientes y familiares que les acompañan. El mismo se realizó en el hospital universitario de la provincia de Santa Catarina, Brasil. Los participantes del estudio fueron siete enfermeros, cuatro familiares y un paciente de UCI. Los datos que subsidiaron la discusión de este estudio partieron del análisis de entrevistas semiestructuradas aplicadas a los sujetos mediante una guía de preguntas específicas para los enfermeros y otra para los familiares acompañantes y el paciente. El análisis de los datos se realizó mediante lecturas y relecturas de los textos generados por las entrevistas,

hasta llegar a las categorías que más representase lo que estaba siendo dicho por los informantes, se hicieron inferencias e interpretaciones, siendo los ejes de la discusión, el aspecto de los significados y de las percepciones sobre la atención en la unidad de cuidados intensivos. Los resultados dan cuenta que para los enfermeros, es importante que se piense en un cuidado integral, con base en la atención centrada en las demandas de los sujetos en su complejidad biopsicosocial. Asimismo que en el discurso de los familiares y del paciente, prevalecen sus necesidades psicoemocionales durante el proceso de internación en la UCI. También parecen levantar una dimensión práctica de la realidad institucional de cuidados, cuando se aproxima y complementa el discurso de los enfermeros que trabajan en la unidad. Se ha notado que el discurso de enfermeros, de familiares y del paciente refuerza la necesidad de ampliarse la dimensión del cuidado en la UCI, no centrándose solamente en la técnica o en la rutina, pero sí contemplando la participación de los vínculos y la valoración de las necesidades psicosociales de las personas. Se ha considerado que el discurso humanizado puede ayudar en el rescate de la lógica del saber integral, disminuyendo la atención biomédica y fragmentada, además de concebir al hombre como un todo, constituido de cuerpo, mente, espíritu y relaciones sociales.

- Cecilia Landman Navarro, Sebastián Canales Gómez, Valentina Garay Schmitt, Paulina García Figueroa, Claudia López **“Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile”** 2014. Realizaron un estudio de metodología cualitativa, descriptivo, de tipo fenomenológico con el objetivo conocer la percepción de cuidado humanizado que posee el profesional enfermero de la Unidad de

Emergencias de un hospital general en la ciudad de Quillota, Chile. La muestra se realizó con la participación de cuatro profesionales enfermeros que se desempeñan en la Unidad de Emergencia, a quienes se les realizó una entrevista dirigida, grabada y transcrita de manera textual con el objeto de identificar aspectos relevantes de acuerdo a los objetivos propuestos. De los resultados se obtuvieron conceptos que describen el cuidado humanizado, identificándolo como un cuidado integral, que debe incluir a la familia del paciente y debe regirse por los principios bioéticos. Además de las limitaciones y facilidades percibidas dentro del ámbito laboral para llevar a cabo este cuidado y los sentimientos que surgían al respecto. Concluyendo en que el contexto de la Unidad de Emergencia difiere al de otros servicios hospitalarios debido a múltiples factores que dificultan el cuidado humanizado. El concepto de cuidado humanizado descrito por los actores es similar al teórico, pero refieren dificultades para llevarlo a cabo. La persona que se desempeña en los servicios de emergencia debe tener vocación, optimismo y tomar su labor como un desafío. Los cuidados humanizados en enfermería, deben ser una fortaleza presente en toda atención, por lo mismo, el personal de Emergencia debiera ser capacitado continuamente, así como también realizar estudios investigativos sobre la temática.

- Guerrero, Meneses y Ruiz **“Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión”** en la Provincia constitucional del Callao 2015. Realizaron un estudio cuyo propósito fue determinar el Cuidado Humanizado que brinda el experto de Enfermería según la Teoría de Jean Watson, en el servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. La metodología del estudio fue cuantitativa,

descriptiva y de corte transversal; la muestra se obtuvo a través del muestreo no probabilístico por beneficio, conformado por un total de 49 enfermeras de los servicios de Medicina del hospital Daniel Alcides Carrión. Los resultados fueron los correlativos a través de la escala de estaninos, se agrupo en 3 estándares: Bajo, regular y alto en cuanto al cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería. La relación que más domino fue un 52%, el cual significa que los Lic. de enfermería brindan un cuidado humanizado, medianamente regular, mientras que el 26%, es alto. Según las dimensiones: Satisfacción de insuficiencias: el cuidado humano en 59% ofrece regular, en tanto que el 30% es elevado; habilidades técnicas de enfermería al servicio humano de regular 91%, y el nivel bajo 9%. Autocuidado de la profesional es el cuidado humano de regular un 57%, mientras 24% bajo. Aspectos moralistas del cuidado el 65% en cuidado humano de regular y el 13% bajo correspondencia enfermera- paciente el 65% en cuidado compasivo de regular, y el 20% elevado. Aspectos espirituales en un 87% en cuidado humano de regular, un 4% bajo; así mismo las autoras concluyen que el cuidado humanizado es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos. Las autoras llegan a la conclusión siguiente: “El cuidado humanizado es dado en forma mediano y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación proseguir con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde una colisión basado en valores humanos”.

Los estudios descritos anteriormente fueron de gran utilidad para el desarrollo de la investigación, los mismo hacen referencias a las características y cualidades del personal de enfermería que trabaja en los servicios de internación y de las situaciones que influyen en el cuidado humanizado. La gran mayoría analiza las relaciones interpersonales, el cuidado humano, la necesidad de comunicación como así también la necesidad de ampliar las dimensiones del cuidado no centrándose en la técnica o rutina, contemplando la necesidad de un cuidado integral holístico. Los estudios revelan que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación y el afecto durante su estancia en las instituciones hospitalarias, es decir, cuando el cuidado es humanizado y transpersonal”.

MARCO TEORICO

LA TEORÍA DEL CUIDADO TRANSPERSONAL

Para el abordaje del tema a investigar se tomará como base teórica, la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson³ la misma fundamenta una visión humanística del cuidado, donde la acción de cuidar es un acto humano y tiene como objetivo cuidar la persona y no a su enfermedad, a su vez se desarrollara la teoría de autoeficacia percibida y de percepción social.

La teoría de Jean Watson considera la esencia del ejercicio profesional, un ideal moral cuyo objetivo es preservar la dignidad humana y la humanidad en el sistema sanitario. La visión humanista de esta teórica desde una mirada del cuidado con enfoques filosóficos (existencial -fenomenológico) y con base espiritual, es importante porque modifica el enfoque de los cuidados de Enfermería en los sistemas hospitalarios, es útil, ya que permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-práctica que revitaliza aspectos perdidos o no visibles de la enfermería. (JEAN WATSON 1985, Pág. 9-30)

La autora se basó en una articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, donde se

³ Watson Jean (1940-presente) enfermera estadounidense. Distinguida teórica contemporánea. inició su carrera de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y finalizó sus estudios de pregrado en 1961. Continuó su formación y obtuvo un *Bachelor Of. Science* en Enfermería en 1964 en el *Campus* de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el *Campus* de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología educativa y existencial (1973);

promueven aspectos de reflexión, acerca de la actuación de los enfermeros en el momento de curar y cuidar pacientes. El cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería; no obstante, analizando el contexto social y sanitario, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservar la humanización en nuestra práctica, en la formación, investigación y gestión de los cuidados.

Las premisas Básicas planteadas por la autora son:

- Premisa 1. “El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido combinar su orientación humanística con los aspectos científicos.
- Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.
- Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto.

En esta teoría se establecen una serie de definiciones tales como:

- Cuidado: es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional de enfermería y el paciente.

- Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

- Enfermera-paciente: El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones. En la relación de cuidado se conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente).

- Campo fenomenológico: El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

- Relación de cuidado transpersonal: El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno. “Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo. El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente
- Momento de cuidado: una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana.
- Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado. A la persona la define como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones, integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente, y al entorno lo define como el espacio de la curación.
- La práctica cotidiana de la enfermería: debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo

largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar y está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. La enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Por otra parte la teoría de Watson se basa en el trabajo de Nightingale, Henderson y Leininger, pudiendo mencionarse en este sentido que:

- ✓ ⁴ Nightingale en su tesis define que “la enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, el cuerpo y el alma para generar procesos de conocimiento de sí mismo”. Además refiere que “el cuidado es para la enfermera su razón moral y no un procedimiento o una acción; el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo de sensaciones compartidas entre enfermera y paciente. Desde este punto de vista el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica,

⁴ Florencia Nightingale (1820-1910) fue una enfermera, escritora y estadística británica, considerada precursora de la enfermería profesional moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería. Ella estableció los parámetros de compasión, dedicación al cuidado del paciente, diligencia y cuidado en la administración hospitalaria. Sentó las bases de la profesionalización de la enfermería con el establecimiento, en 1860, de su escuela de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. Alcanzó fama mundial por sus trabajos precursores de enfermería en la asistencia a los heridos durante la guerra de Crimea. A partir de ese momento fue conocida como «la dama de la lámpara», por su costumbre de realizar rondas nocturnas con una lámpara para atender a sus pacientes.

académica y clínica sino también un agente humanitario”.
(Nightingale,1869)

- ✓ ⁵ Henderson en su teoría de la “satisfacción de las catorce necesidades básicas establece que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico. Determinando que el cuidado es el fundamento que compone los cuidados de Enfermería”. (Henderson, 1966)
- ✓ ⁶ Leininger establece la diferencia que existe entre curación y cuidados en donde agrega que “los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados pero puede existir cuidados sin curación” (Leininger,1961)

La enfermería posee un saber científico, habilidad técnica y comportamientos y actitudes. Cuidar exige a los profesionales de salud utilizar sus cualidades humanas: la capacidad de razonar, de sentir y demostrar empatía

⁵ Henderson Virginia nació en Kansas, estados unidos (1897-1996) fue una enfermera teorizadora que incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Su definición de enfermería permitió que la misma surgiera como disciplina separada de la medicina. Definió el papel de la misma como el cuidado complementario adicional prestado a individuos sanos o enfermos; donde la enfermera cumple su función de compañera, ayudante, sustituta de la persona y/o su familia para que logre conseguir la independencia para cubrir las 14 necesidades humanas básicas. Recibió nueve títulos doctorales honoríficos en las Universidades. Libros publicados *he Nature of Nursing* (1966), *The Principles of Nursing* (1955, revisó la sexta edición).

⁶ Leininger Madeline (1925-2012) teórica de enfermería y profesora de enfermería, inspiradora del concepto de enfermería transcultural. Publicó en 1961 sus contribuciones a la teoría de enfermería que implican la discusión de lo que es cuidar. Acumuló por lo menos tres doctorados honoris causa. Obtuvo una Maestría de Ciencias en Enfermería de la Universidad Católica de América. Más tarde, estudió antropología social y cultural de la Universidad de Washington, ocupó cargos académicos en la Universidad de Cincinnati y la Universidad de Colorado, En 1998 es distinguida por el premio “Leyenda Viva y apoyadora” otorgado por Academia Americana de Enfermería.

hacia el paciente. Incluye un compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

El cuidado humano debe basarse en una interacción asertiva en el marco de la relación terapéutica que se establece entre el cuidador y la persona cuidada y sobre todo debe ser de alta calidad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Las intervenciones relacionadas con el proceso de cuidado humano requieren de una intención, una voluntad, una relación y acciones.

La teoría de la enfermera filósofa, se basa en 4 dimensiones que incluyen 10 factores de cuidado o Factores Caritativos de Cuidado (FC) que después la misma Watson, denomina Proceso Caritas de Cuidados (PCC). (Watson1979, Pág. 9-10). Estos procesos se corresponden a una extensión de los anteriores factores, pero ofrece un lenguaje más fluido para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas.

A continuación entonces, se expondrá una síntesis de los originales FC y su transformación luego al PCC, puntualizando sobre su marco conceptual para facilitar la comprensión de los cuidados de enfermería como la ciencia del cuidar. Estos son:

- ✓ Dimensión fenomenológica: Esta dimensión, describe el papel de la enfermera a desarrollar interrelaciones enfermera-paciente facilitando el

cuidado enfermero holístico, ayudando al paciente a buscar conductas que mejoren su estado de salud. Consiste en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales pensamientos, expectativas, consideraciones ambientales, y significado de las percepciones de uno mismo. Esta dimensión integra las tres esferas de la persona el alma el cuerpo y espíritu y se refiere a los factores:

- FC1: Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas: PCC 1: “Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”. Estos se aprenden al principio de la vida, pero pueden resultar influidos en gran medida por los formadores de enfermería. Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud. Se convierte luego en la "práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente". Watson asume que el "día a día" de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral.
- FC 2: “Inculcación de fe -esperanza”. PCC 2: “Ser o estar auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado. Este elemento facilita la asistencia de enfermería holística; describe el papel de la enfermera a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las

conductas que buscan salud. Es decir "ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado". Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanción, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos. Se permite que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación.

- FC 3: "El cultivo de la sensibilidad hacía uno mismo y hacía los demás".
PCC 3: "El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión". El reconocimiento de los sentimientos mutuos lleva a la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás. Para Watson el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros. Por otra parte, se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o

muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos.

✓ Dimensión interacción: Se refiere a la interrelación dinámica entre los seres Humanos implica una relación de ayuda enfermero paciente que va más allá de una evaluación objetiva mostrando interés hacia el significado subjetivo. La relación enfermera-paciente tiene como objetivo proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona y su armonía interior. Esta dimensión se refiere a 2 FC y su correspondiente PCC tales como:

- FC 4: “El desarrollo de una relación de ayuda y confianza”. PCC 4: “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”. La relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual "contestador telefónico", ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan

los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias. Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental. La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu.

- FC 5: “Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos”. PCC 5: “Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes. Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son "una ventana por la cual se visualiza el alma". Es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la misma información son bastante diferentes, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado.

- ✓ Dimensión necesidad humana: Se refiere a la sensación de carencia de algo unida al deseo de satisfacerla, cuya satisfacción es un recurso necesario e importante para la supervivencia, bienestar o confort de una persona, se refiere a 2 FC y su correspondiente PCC tales como:
- FC 6: “La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural”. PCC 6: “Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”. Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
 - FC 7: “Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas”. PCC 7: “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. Las necesidades humanas están estratificadas. De acuerdo a Watson, el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición,

eliminación y ventilación. En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo- actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra e interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal. Watson acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

- ✓ Dimensión científica: Constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, en el que influyen las opiniones conocimientos y habilidades que permiten un razonamiento crítico, y la utilización del método científico que se refiere a 3 FC y su correspondiente PCC tales como:
 - FC 8: “Uso sistemático del método científico para la solución de problemas y toma de decisiones”. PCC 8: “El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia” El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

- FC 9: “La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal”. PCC 9: “Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”. Separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza–aprendizajes diseñados para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
- FC10: “El reconocimiento de fuerzas existenciales-fenomenológicas.”. PCC 10: “El reconocimiento de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espiritual. Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos...”. La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades”

TEORÍA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA

La autoeficacia es un concepto que introdujo Albert Bandura, en 1986, cuando elaboró la Teoría del Aprendizaje Social, referente a la regulación de la

motivación y la acción humana, que implica tres tipos de expectativas: las expectativas de situación-resultado, las expectativas de acción-resultado y la autoeficacia percibida.

Este término ha sido retomado últimamente desde la psicología social, para lograr explicar ciertas creencias, pautas y comportamientos humanos a partir de niveles de análisis afectivos, cognitivos y conductuales. La autoeficacia se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento.” También hace referencia entonces a las creencias propias acerca de las capacidades sobre aprender o rendir efectivamente en determinada situación, actividad o tarea.

La autoeficacia influye positiva o negativamente en tres factores principales del comportamiento humano: en el ámbito afectivo (emociones, sentimientos, etc.), en el ámbito cognitivo (pensamiento, resolución de tareas, etc.) y en el ámbito conductual (comportamientos).

A continuación se incorporan algunas definiciones, descritas desde la visión de este marco teórico:

- Autoeficacia y conductas de salud: Investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general. Además los estudios indican consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de

las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia. Para Bandura la autoeficacia percibida para afrontar eventos amenazantes juega un rol central en las reacciones de estrés. Así, se ha observado, que un bajo nivel de eficacia percibida en el control de estresores psicológicos está acompañada por elevados niveles de estrés subjetivo, activación autonómica y secreción de catecolaminas plasmáticas. Por otro lado, se ha demostrado que las distintas reacciones de estrés son bajas cuando la gente sabe manejar los estresores, con un adecuado nivel de autoeficacia. Otros estudios se han centrado en el rol de la autoeficacia sobre el nivel de estrés experimentado por personas respecto al hecho de estar enfermo. (Olivari y Col 2007).

- Teoría de percepción social: Según la teoría de Merton, la percepción es una manera de ver el mundo y de acuerdo a ello se actúa y se vive la realidad, de tal forma que la percepción que se tiene de las cosas, es clave para predecir cómo se va a actuar en determinadas circunstancias, es como una “profecía autocumplida”. Además, el modelo imprime que la realidad está determinada y aprendida socialmente y se va transmitiendo de generación en generación. Esta definición es una construcción social de la realidad, es la conciencia del mundo que nos rodea, no es la de un mundo objetivo, de objetos físicos, sino de ciertas ideas impresiones, imágenes o datos; de significados que son distintos de ese mundo. La percepción social es una forma de ver el mundo y de acuerdo a ella actuamos, para la psicología social la forma como nos percibimos es como actuamos. Partiendo de este modelo, el cuidado de enfermería, que es aprendido y

enseñado por docentes de enfermería en las aulas universitarias que transmiten aspectos teóricos y prácticos del cuidado, podría modificarse, posteriormente, cuando cambia a otra realidad, en los espacios del mundo del trabajo donde se desenvuelven.

- La percepción: Según Vallejos y Nájera (citado por Colque et al.,2011) puede ser definida como un proceso mental que le permite al ser humano organizar todo lo que obtiene del exterior, de forma clara y significativa hacia el interior de sí mismo y obtener así, conciencia de todo lo que lo rodea. Por medio de los sentidos, el ser humano recibe imágenes, impresiones o sensaciones externas.
- Percepción del cuidado de enfermería: Como mencionan Rivera Álvarez y Triana (2007), en la relación entre el enfermero y su semejante, la percepción del cuidado de enfermería se relaciona con la impresión que subyace de la interrelación al momento de “cuidar al otro” y como son interiorizados y clasificados las circunstancias y las acciones deliberadas de la persona cuidada y de la denominada cuidadora. La percepción puede ser advertida y expresada y “no tiene ninguna relación con aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información” (Orrego Sierra y Ortíz Zapata, 2001, p. 81). Estos autores afirman que además de cumplir con las normas institucionales y los conocimientos técnicos científicos, el personal debe conciliar las necesidades de los sujetos, afirmando que las relaciones interpersonales se constituyen como factor primordial para el logro de la excelencia en la asistencia. En relación a la percepción de quien dispensa

los cuidados afirma Travelbee (1969, citado por Tomey y Alligood, 2007) que “la calidad y la cantidad de los cuidados de enfermería dispensados a las personas enfermas dependen en gran medida de la percepción que el enfermero tiene del paciente“. De este modo, el personal de enfermería debe percibir la interacción cuidador-persona cuidada como una interacción entre dos seres humanos y asumir que las personas sujetos de cuidados, no constituyen una actividad para realizar, un número de cama o habitación, una patología ni tampoco son totalmente dependientes de enfermería. Si esto ocurriese, debería comprenderse que los intereses se encauzarían en el cumplimiento de las expectativas institucionales y no en las exigencias particulares de cada persona. Por ello, para cimentar la humanización del cuidado, debe comenzarse por aceptar la singularidad de la persona.

MARCO CONCEPTUAL

A continuación se expondrán una serie de definiciones, con el objeto de generar la base conceptual que sustenta el presente plan de tesis. Se mencionan conceptos que parten de la teoría del cuidado humano, tales como el cuidado como esencia (eje y corazón) de la práctica de enfermería, como así también se mencionan definiciones de humanización, cuidado humanizado y percepción.

Las mismas se encuentran organizadas a manera de texto, por grado de complejidad descendiente y finaliza con el despliegue de las dimensiones a evaluar en la operacionalización particular.

- Cuidado: Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE 1998), el término cuidado evoca muchos vocablos, entre ellos tenemos: asistir, conservar, cautela, amenaza, intranquilidad, advertencia en proximidad de peligro o la contingencia de caer en error, vivir con advertencia respecto de una cosa, atención, solicitud, guardar, preocuparse, prestar atención a algo o a alguien. En consonancia con cada uno de los conceptos que emite la RAE Vélez, Vanegas, enuncia que se dirige a la inquietud de los seres humanos por mantenerse y mantener a otros en un estado “normal” o mejor de lo que existe en ellos, su vida misma.
- Humanización: Según (Heidegger 1968) “el humanismo es, encontrarse a sí mismo, recuperarse de la alineación y encausar en una vida verdaderamente humana. Se enfoca la atención al ser humano, con valores, con ciertas necesidades, como centro de la vida”. Para (González, Blandía y Flores

2009), profundizar en el estudio del humanismo podría repercutir en la formación de enfermería en dos sentidos, hacia la formación de una enfermera satisfecha consigo misma, consciente de las implicaciones éticas, sociales y políticas que influyen en su práctica profesional y por otro lado, enfermeras del ámbito clínico, orientadas hacia la humanización del cuidado, que tengan como propósito la gestión del cuidado centrada en la persona. Brusco, cita que humanizar, enfocado al mundo sanitario, se refiere al hombre en todo lo que se hace para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Humanizar sugiere alteraciones en el modo de hacer, de trabajar y producir salud.

- Humanización del cuidado de enfermería: Ello exige sintonía con el modo de hacer y el cómo se debe hacer. Necesita de la inseparabilidad de la producción de los procesos y cambios de los sujetos involucrados en la producción de salud. Se considera que humanizar es una cuestión de aplicación de ética y de valores, que conlleva comportamientos, actitudes y relaciones entre el profesional de enfermería y los usuarios: es por tal razón que el término humanización se considera de gran interés a nivel de profesionales de enfermería, debido a que su desempeño se focaliza en la atención individual y especializada al paciente que busca solución a problemas que aquejan su estado de salud, ya que una enfermedad pone en desventaja a la persona, con la necesidad de recibir un cuidado humanizado de un profesional de enfermería.

- Cuidado en enfermería: Se ha identificado como el objeto de estudio de la profesión de enfermería y el eje fundamental del desempeño de la práctica profesional. De tal manera que la humanización del cuidado requiere tiempo, recursos, buena relación intergrupala y compromiso del profesional de enfermería por lo cual debe poseer algunas características especiales como: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias de la otra, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana.
- Cuidado humanizado: Es la interacción existente entre el cuidador y la persona que es cuidada, en la que surge un reconocimiento e interés por el otro, por sus sentimientos y emociones; siendo sensible a sus necesidades, manteniendo una visión única e integral del ser humano. A su vez es “el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción en el cuidado, para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía” (Watson 1988). González, Rosa, Bracho y Zambrano (2012), refieren que el cuidado humanizado es un acto, una dimensión ontológica, existencial, que se mueve en un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y involucramiento afectivo por otro ser humano. Desde el punto de vista ecológico requiere que las personas se relacionen en forma respetuosa con la naturaleza. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. De lo expuesto por los diversos

autores, se puede considerar que el cuidado humanizado de enfermería es el conjunto de acciones basadas en el conocimiento científico y principios bioéticos que brinda la enfermera(o) al paciente que lo requiere para satisfacer sus necesidades de una manera holística, considerado el aspecto humano como pilar del cuidado.

- Percepción: Según Day la percepción es “un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos; es obviamente algo más que una imagen del mundo, proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado aunque la experiencia desempeña un papel importante y por lo tanto depende de las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades y sus intereses y las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa”.

- Autoeficacia: Como se mencionó anteriormente Bandura (1977), la define como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permite alcanzar el rendimiento deseado. Representa un aspecto central de la teoría social cognitiva. De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas:
 - a. Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal,

- b. Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados
- c. Las expectativas de autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

En base al marco teórico precedente y a los fines de esta investigación se realiza la siguiente definición de variables:

A. Características sociodemográficas: conjunto de características biológicas, socioeconómicas, laborales y profesionales que están presente en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles. Dentro de esta variable se incluyen indicadores tales como:

- Estado civil: condición particular que caracteriza a la persona en relación a sus vínculos personales con otras. Se toman en cuenta la condición de: “soltero”: persona que no se encuentran comprometidas legalmente con otras; “conviviente”: personas que mantienen una relación, sin unión legal pero en convivencia; “casado”: persona comprometida legalmente con otra; “divorciado”: persona que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas; “viudos: los que han perdido a su pareja por deceso. Variable categórica nominal.
- Género: en términos biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos y la distinción que tradicionalmente se hace es entre “Femenino” y “Masculino”. Sin embargo a los fines de esta investigación y en base a la evolución cultural que vive la sociedad al respecto, se ha incluido la distinción de “Transgénero”, para representar cualquier persona que en diferentes formas se identifican con el género opuesto al de sus características fisiológicas de nacimiento.

- Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad. Relacionada con la maduración anatomofisiológica y social de la persona. Determina particularidades en el comportamiento. Variable cuantitativa medida en escala ordinal (Rangos: 21-30 años, 31-40 años, 41-50 años, 51-60 y más de 60 años)
- Formación Académica: Se definió de acuerdo a la ley N° 24004 nacional y la ley N° 12245 de la provincia de Buenos Aires, donde se reconoce dos niveles para el ejercicio de la enfermería a nivel “Profesional”. En este criterio se incluye al “Licenciado en enfermería” cuya formación en la profesión es de grado y universitaria de 5 años y al “Enfermero” con una formación técnica, terciaria o universitaria de 3 años.
- Antigüedad Laboral: tiempo transcurrido que ejerce la profesión en cualquier nivel de formación en enfermería, hasta la actualidad. Se encuentra medida en años y meses (1 a 5 años, 6 a 10 años, 11 a 15 y años 16 a más años).
- Antigüedad en un servicio de internación: se refiere a los meses o años que lleva trabajando en los servicios de internación de la institución en estudio medida en escala ordinal (de 1ª 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15 años y de 16 años a más).
- Área de trabajo: Se refiere al servicio de internación en el que trabaja ya sea en la “unidad de cuidados intensivos (UTI)”; “unidad de cuidados intermedios (UCI)”; “clínica médica”(CM); “clínica quirúrgica” (CQ); y “materno infancia” (MI) del Hospital Municipal Pedro Eca, variable categórica nominal.

B. Autopercepción de la calidad de cuidado humanizado de enfermería: Se trata del proceso mental mediante el cual el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interrelación entre el cuidador y el ser cuidado. Hace referencia a la forma de cómo se percibe o la autoimagen que posee el profesional, sobre sus propias acciones en el ejercicio profesional del cuidado que ofrece a las personas que requieren su ayuda durante el momento de internación. Esta variable en esta investigación se definirá mediante la siguiente escala: 0-90 (cuidado humanizado autopercebido deficiente y está integrado por las respuestas 1 y 2); 90-120 (cuidado humanizado autopercebido regular y está integrado por las respuestas 3 y 4); 121-180 (cuidado humanizado autopercebido bueno y está integrado por las respuestas 5 y 6). (Ver Anexo I)

- Cuidado en enfermería: se utilizará la definición de Watson que establece que se trata “del proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción en el cuidado, para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía”. Esta variable será valorada desde 4 dimensiones a saber: “Fenomenológica”; “Interacción”; “Necesidades Humanas”; “Científica”.
- Dimensión Fenomenológica: describe el papel del profesional de enfermera al desarrollar interrelaciones enfermera-paciente, facilitando el cuidado enfermero holístico en el que se integra tres esferas de la persona: el alma el cuerpo y espíritu. En esta investigación, esta dimensión será evaluada a

partir de 9 afirmaciones que permitan determinar los FC y su correspondiente PCC :

- ✓ 1: donde se evalúa el sistema altruista de valores con las afirmaciones 9, 10 y 18 del instrumento Caring Efficacy Scale (ver Anexo I).
- ✓ 2: donde se evalúa la inculcación de la fe y esperanza con las afirmaciones 4y 3 del instrumento Caring Efficacy Scale (ver Anexo I).
- ✓ 3: donde se evalúa el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás con las afirmaciones 13, 15, 27 y 29 del instrumento Caring Efficacy Scale (ver Anexo I).

- Dimensión interacción: implica una relación de ayuda enfermero paciente que va más allá de una evaluación objetiva mostrando interés hacia el significado subjetivo. En esta investigación, esta dimensión será evaluada a partir de 11 afirmaciones que permitan determinar los FC y su correspondiente PCC :

- ✓ 4: donde se evalúa el desarrollo de una relación de ayuda y confianza con las afirmaciones 1, 2, 3, 12, 17 y 20 del instrumento Caring Efficacy Scale (ver Anexo I).
- ✓ 5: donde se evalúa la promoción y aceptación de los sentimientos positivos y negativos con las afirmaciones 16, 19, 21, 23 y 24 del instrumento Caring Efficacy Scale (ver Anexo I).

- Dimensión necesidad humana: Se refiere a la sensación de carencia de algo unida al deseo de satisfacerla, cuya satisfacción es un recurso necesario e importante para la supervivencia, bienestar o confort de una

persona. A estos fines la dimensión se evaluará en esta investigación con 5 afirmaciones que permitirán valorar los FC y su correspondiente PC:

- ✓ 6: donde se evalúa la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural, con las afirmaciones 7, 25 y 26 del instrumento Caring Efficacy Scale (ver Anexo I).
- ✓ 7: donde se evalúa la asistencia en la gratificación de las necesidades humanas con las afirmaciones 22 y 11 del instrumento Caring Efficacy Scale (ver Anexo I).

- Dimensión científica: Constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, en el que influyen las opiniones conocimientos y habilidades que permiten un razonamiento crítico, y la utilización del método científico A estos fines la dimensión se evaluará en esta investigación con 5 afirmaciones que permitirán valorar los FC y su correspondiente PC:

- ✓ 8: donde se evalúa el uso sistemático del método científico para la solución de problemas y la toma de decisiones, con las afirmaciones 30 y 6 del instrumento Caring Efficacy Scale (ver Anexo I).
- ✓ 9: donde se evalúa la promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal con las afirmaciones 14 y 28 del instrumento Caring Efficacy Scale (ver Anexo I).

- ✓ 10: donde se evalúa el reconocimiento de fuerzas existenciales fenomenológicas con la afirmación 5 del instrumento Caring Efficacy Scale (ver Anexo I).

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Según el problema y los objetivos planteados, el tipo de estudio de esta investigación es de tipo descriptivo, ya que se propone precisar un evento específico; en este caso la autopercepción en la calidad de cuidados humanizados que ofrecen los enfermeros en los servicios de internación. Además se trata de un estudio de corte transversal ya que la variable se midió en un solo momento, durante el tiempo que duro el estudio (febrero-marzo 2018) en el hospital Municipal Pedro Eca, de Carmen de Patagones provincia de Buenos Aires.

MÉTODO

La investigación está orientada desde una perspectiva cuantitativa, ya que cuantifica los datos de las diferentes variables, a saber: “características sociodemográficas” y “autopercepción en la calidad de cuidado humanizado de los enfermeros en los servicios de internación”. A través de estas variables se mide, por un lado las características de los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de internación y por el otro cómo es la autopercepción que efectúa cada profesional encuestado sobre su capacidad o competencia para realizar un cuidado humanizado. Así con los datos recogidos se logró obtener resultados de relevancia significativa que pueden ser el punto inicial para futuros estudios.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por los enfermeros y enfermeras, (N=42) en total, que trabajan en los diferentes servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de Carmen de Patagones durante los meses febrero-marzo del 2018

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión para personal de enfermería de los servicios de internación de la institución en estudio, son:

- ✓ Pertenecer al equipo de enfermería de los diferentes servicios de internación, independientemente del nivel de formación del profesional enfermero o licenciado de enfermería.
- ✓ Encontrarse diagramado en un servicio de internación del Hospital Pedro Ecay, durante los meses de febrero-marzo del 2018, en que se realizó el estudio.
- ✓ Manifestación explícita de participación voluntaria a través de consentimiento informado.

Los criterios de exclusión para el personal de enfermería serán los siguientes:

- ✓ Pertenecer al equipo de enfermería de la institución pero trabajar en otros servicios diferentes a los servicios de internación del hospital municipal Pedro Ecay
- ✓ Encontrarse fuera de las tareas laborales al momento de realizarse la recolección de datos cualquiera fuera la causa.
- ✓ Ser auxiliar de enfermería

- ✓ Expresar de manera explícita negativa a participar del estudio.

FUENTE DE INFORMACIÓN

Fue primaria, dado que los datos se obtuvieron directamente de los informantes claves, en este caso profesional de enfermería que se desempeñan en los servicios de internación de clínica médica, clínica quirúrgica, unidad de cuidados intermedios e intensivos y materno infancia del hospital Municipal Pedro Ecay, durante el periodo febrero-marzo 2018.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica para la recolección de datos fue la encuesta de modalidad entrevista y el instrumento fue un cuestionario para recolectar y registrar la información, integrado en dos partes.

La primera parte está conformada por los datos sociodemográficos tales como edad, sexo, estado civil, grado de formación, experiencia como profesional de enfermería, tiempo de trabajo en la institución, servicio en el que trabaja, tiempo que lleva en el servicio (Ver anexo 1) y la segunda parte, está constituida por un cuestionario de 30 ítems, denominado escala Caring Efficacy Scale, (Ver anexo 2).

Este instrumento se seleccionó porque esta escala incorpora los 10 factores de cuidado FC o PCC de la teoría de Watson. El mismo fue desarrollado por Carolie Coates, consultora en el área de medición y evaluación de programas en la Universidad de Colorado, Estados Unidos, con el objeto de medir la confianza o percepción de autoeficacia respecto al cuidado que ofrecen las enfermeras.

Para la recolección de datos se entregó personalmente a cada participante de la investigación el formulario para que respondan. Previamente, se realizó una reunión informativa con cada jefe de los servicios de internación de la institución, para explicar acerca del estudio en cuestión y la importancia de la participación.

Se le solicitó a cada profesional participante del estudio que completaran el cuestionario compuesto por 30 ítems o afirmaciones sobre la percepción de dar cuidados humanizados. Cada ítem se valoró con una escala en intensidades del 1 al 6, siendo:

- Fuertemente de acuerdo = 6
- Moderadamente de acuerdo = 5
- Ligeramente de acuerdo = 4
- Ligeramente en desacuerdo = 3
- Moderadamente en desacuerdo = 2
- Fuertemente en desacuerdo = 1

Valorado en Escala Ordinal en los siguientes niveles:

- 0- 90 cuidados humanizado autopercebido “deficiente”.
- 90- 120 cuidado humanizado autopercebido “regular”.
- 121-180 cuidado humanizado autopercebido “bueno”.

PRUEBA PRELIMINAR DEL INSTRUMENTO

No se realizó prueba piloto del instrumento ya que el mismo viene siendo utilizado en el país y el contexto latinoamericano con éxito. En este caso se podría

mencionar que el instrumento fue validado desde su creación por Carolie Coates basado en la teoría transpersonal del cuidado humano de Watson, obteniendo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,88. Asimismo Poblete, Valenzuela, Manuel en un estudio de “Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson” en 30 enfermeras chilenas obtuvieron un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,76.

ASPECTOS ÉTICOS

En cuanto a las consideraciones éticas, la investigación se llevó a cabo con previa autorización de las autoridades directivas del Hospital Municipal Pedro Ecay y por su intermedio a los jefes de enfermería de los servicios de internación participantes del estudio, informada mediante nota de presentación del proyecto (ver anexo III).

Los sujetos implicados en la investigación fueron informados de manera comprensible sobre las características del estudio y bajo los principios de autonomía y libre determinación, expresaron por escrito su consentimiento para la participación del estudio (Anexo IV).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis y representación de los datos del estudio se emplearon técnicas estadísticas; específicamente la descriptiva, dado que la misma se utilizó para describir y sintetizar datos.

Las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería, sujetos al estudio, fueron clasificadas en variables nominales en algunos casos y en otros de intervalos.

Las respuestas a las afirmaciones del cuestionario que permitieron evaluar la autopercepción fueron clasificadas de manera ordinal.

Los datos sociodemográficos se valoraron en pos de realizar una caracterización de los profesionales sobre: edad, sexo, estado civil, grado académico, años de antigüedad laboral, servicio de internación al que pertenece y la antigüedad en los servicios de internación. Los datos se tabularon en una matriz de manera sistemática (ver Anexo V) y posteriormente se organizaron y fueron analizados por distribución de frecuencias en tablas.

Los datos de la variable autopercepción del cuidado se valoraron a fin de conocer la forma en que se auto perciben los profesionales de enfermería en base a cuatro dimensiones (fenomenológica, interacción, necesidades humanas y científica). En cada una de esas dimensiones se consideraron Factores de cuidados y sus correspondientes procesos caritas de cuidados según la teoría de Watson, a los que se les asignaron afirmaciones a las que cada sujeto en estudio debía responder según un rango de 1 a 6 criterios.

En ambas variables y para una mejor comprensión de los distintos indicadores en estudio, los datos obtenidos también se presentaron en distribuciones porcentuales con sus correspondientes gráficos para su análisis visual.

Finalmente cabe mencionar que, en todos los casos, los datos fueron organizados y procesados con el software Microsoft Excel.

RESULTADOS

Se realizó una investigación que incluyó a los profesionales de enfermería de los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de Carmen de Patagones, con el objetivo de describir cuál es la autopercepción en la calidad de cuidados humanizados que ofrecen los profesionales de enfermería en los servicios de internación durante los meses febrero-marzo del 2018.

Al respecto se analizaron 2 variables, a saber:

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA

- Género:

Tabla 1.
Distribución de los Profesionales de Enfermería según Género

<u>GENERO</u>	<u>FA</u> ^a	<u>%</u> ^b
Femenino	28	67%
Masculino	14	33%
Transgénero	0	0%
Total	42	100%

NOTA: Fuente: Elaboración Propia

^a FA= Frecuencia Absoluta

^b % = Porcentaje

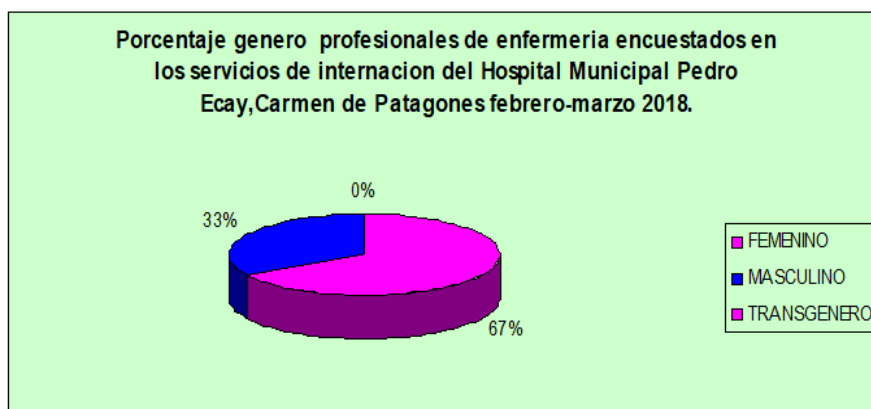


Gráfico 1: Distribución de Profesionales de Enfermería según Género

Fuente: Elaboración Propia

La muestra en estudio, estuvo conformada por un total de 42 profesionales de enfermería que se desempeñan en los servicios de internación de la institución. Todos ellos accedieron a la encuesta de modo voluntario.

En relación a la distribución por género se observó que el 67% lo representa el sexo femenino y 33% el sexo masculino, no se registró ninguno en la categoría, sexo transgénero. Siendo el género femenino el que representa el 67% del total de la muestra y debido a que la feminidad siempre ha estado ligada a las prácticas humanas en salud, se puede inferir en que son mayoritariamente, las mujeres quienes se autoperciben que ofrecen un nivel de cuidado humanizado bueno, en los servicios de internación.

- **Edad:**

Tabla 2

Distribución de los Profesionales de Enfermería según Edad

<u>Edad</u>	<u>FA^a</u>	<u>%^b</u>
21-30	12	29%
31-40	12	29%
41-50	17	40%
51-60	1	2%
60 a mas	0	0%
Total	42	100%

NOTA: Fuente: Elaboración Propia

^a FA= Frecuencia Absoluta

^b % = Porcentaje

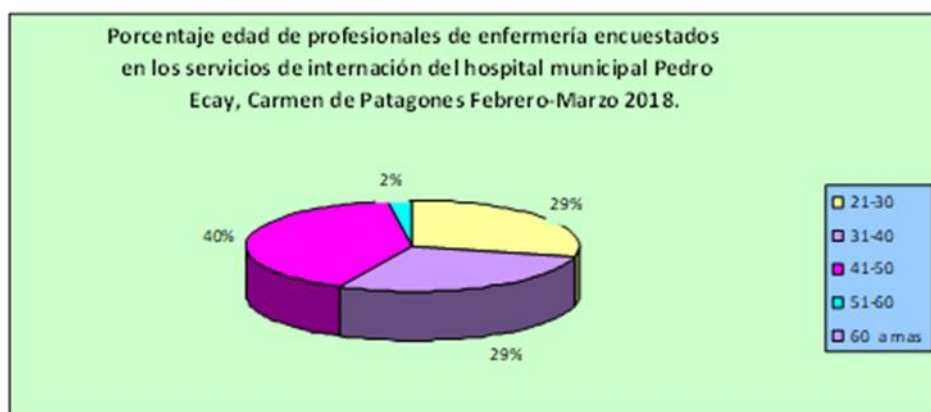


Gráfico 2 Distribución de Profesionales de Enfermería según Edad

Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a la edad, la mayoría de los profesionales encuestados pertenecen al rango de 41-50 años, representando al 40% de la muestra entre

hombres y mujeres, seguido del rango 31- 40 años representando el 29% del total entre hombres y mujeres de la muestra en estudio, al igual que el rango de 21- 30 años, siendo solo el 2% perteneciente al rango de 51-60 años, no se registraron participantes en el rango de edad de 60 años o más. Como se puede apreciar los servicios de la institución cuentan con personal en una etapa activa de adultos maduros y jóvenes.

- **Estado civil:**

Tabla 3:
Distribución de los Profesionales de Enfermería según Estado Civil

<u>Estado civil</u>	<u>FA^a</u>	<u>%^b</u>
Soltero	11	26%
Conviviente	19	45%
Casado	7	17%
Divorciado	5	12%
Viudo/a	0	0%
Total	42	100%

NOTA: Fuente: Elaboración Propia

^a FA= Frecuencia Absoluta

^b % = Porcentaje

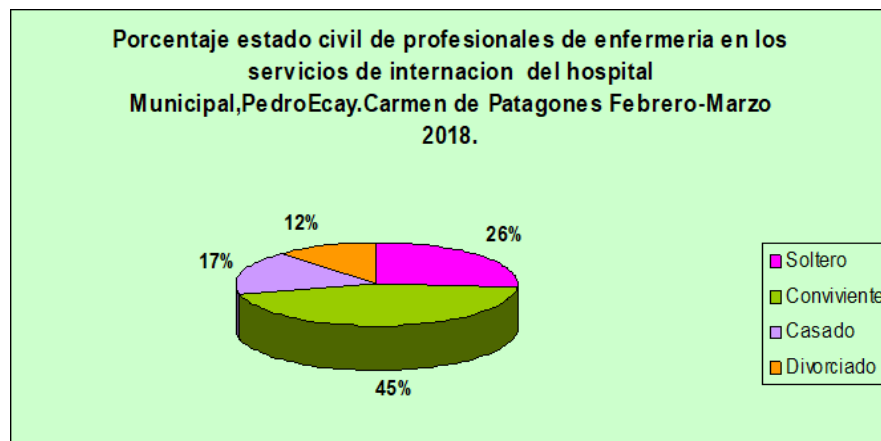


Gráfico 3 Distribución de Profesionales de Enfermería según Estado Civil

Fuente: Elaboración Propia

En la distribución del estado civil, la mayor parte le corresponde al estado conviviente (45%), seguido de los solteros/as cuya proporción es de 26%, casado

el 17% y el 12% a los divorciado. Al observar la tabla y el gráfico no se registraron profesionales de enfermería con estado civil viudo (a).

- **Nivel de formación:**

Tabla 4
Distribución de los Profesionales de Enfermería según Nivel de Formación

<u>Nivel de formación</u>	<u>FA^a</u>	<u>%^b</u>
Enfermero Técnico	41	98%
Lic. En Enfermería	1	2%
Total	42	100%

NOTA: Fuente: Elaboración Propia

^a FA= Frecuencia Absoluta

^b % = Porcentaje



Gráfico 4 Distribución de los Profesionales de Enfermería según Nivel de Formación

Fuente: Elaboración Propia

En relación a las características profesionales de los sujetos encuestados se observa que el nivel de formación alcanzado, con el 98% corresponde a Enfermero mientras que solo un 2% es Licenciado. Cabe mencionar que durante la recolección de datos la gran mayoría de los participantes mencionó que se encuentra culminando la formación de grado, lo que representaría un cambio cualitativo para la institución, debido a que el personal contaría con capacidades y competencias para asumir en condiciones óptimas, las responsabilidades propias del desarrollo de funciones y tareas de la profesión en cuanto a la prestación de cuidados de enfermería humanizados.

- **Antigüedad laboral:**

Tabla 5
Distribución de los Profesionales de Enfermería según Antigüedad laboral

<u>Antigüedad laboral</u>	<u>FA^a</u>	<u>%^b</u>
1 a 5	13	30%
6 a 10	15	35%
11 a 15	8	19%
16 a 20	3	8%
21 a más	3	8%
Total	42	100%

NOTA: Fuente: Elaboración Propia

^a FA= Frecuencia Absoluta

^b % = Porcentaje

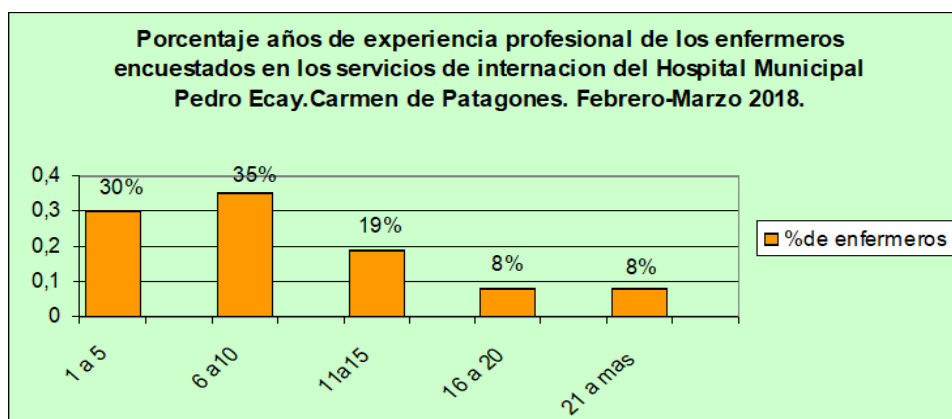


Gráfico 5 Distribución de los Profesionales de Enfermería según Antigüedad Laboral

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 5 se puede apreciar que el 35% de los profesionales de enfermería de los servicios de internación tienen una experiencia laboral entre 6 a 10 años, seguido de 1 a 5 años con un 30%, un 19% de 11 a 15 años, mientras que la experiencia laboral de 16 a 20 años y de 21 a más años la representa el 8% respectivamente. Esto refleja que la institución cuenta con personal con una experiencia media como profesionales de enfermería, lo que si se compara con que el 40% del personal tiene ente 40 y 50 años, permite inferir que la gran mayoría se profesionalizó mientras se encontraban trabajando.

- **Antigüedad en un servicio de internación:**

Tabla 6
Distribución de los Profesionales de Enfermería según Antigüedad en un servicio de Internación

<u>Antigüedad en un servicio de Internación</u>	<u>FA^a</u>	<u>%^b</u>
1 a 5	14	33%
6 a 10	13	31%
11 a 15	12	29%
16 a más	3	7%
Total	42	100%

NOTA: Fuente: Elaboración Propia

^a FA= Frecuencia Absoluta

^b % = Porcentaje

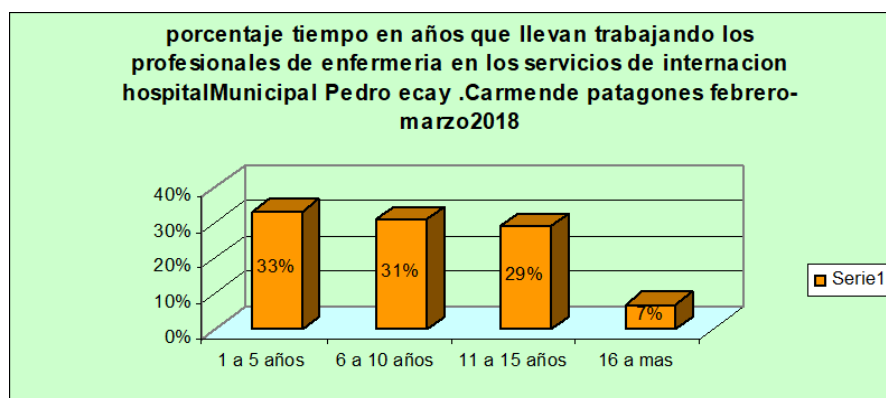


Gráfico 6: Distribución de los Profesionales de Enfermería según Antigüedad en un servicio de Internación

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 6 se puede apreciar que respecto al tiempo que llevan trabajando los profesionales de enfermería en los servicios de internación, el 33% pertenece al intervalo de 1 a 5 años, seguido del intervalo de 6 a 10 años que representa el 31% de la muestra, el 29% lo representa el intervalo de 11 a 15 años y en menor proporción, el 7% corresponde al 16 años o más.

De lo expuesto se puede inferir que la experiencia laborar en los servicios de internación del personal de enfermería se divide prácticamente en 3 tercios, siendo el predominio del intervalo de 1 a 5 años, del 33%. Esto demuestra que la experiencia laborar en internación se encuentra repartida entre un grupo con escasa experiencia laboral en internación, media experiencia laboral y entre 10 a 15 años de experiencia laboral en internación

B. AUTOPERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE CUIDADO HUMANIZADO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE INTERNACION.

A continuación se presentan los resultados de las encuestas realizadas acerca de la autopercepción sobre la calidad de cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de enfermería en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de Carmen de Patagones durante los meses de febrero-marzo de 2018

Tabla 7
Distribución de la Autopercepción Global según la calidad de cuidado humanizado ofrecido

<u>Autopercepción Global</u>	<u>FA^a</u>	<u>%^b</u>
Buena	30	71%
Regular	12	29%
Deficiente	0	0%
Total	42	100%

NOTA: Fuente: Elaboración Propia

^a FA= Frecuencia Absoluta

^b % = Porcentaje

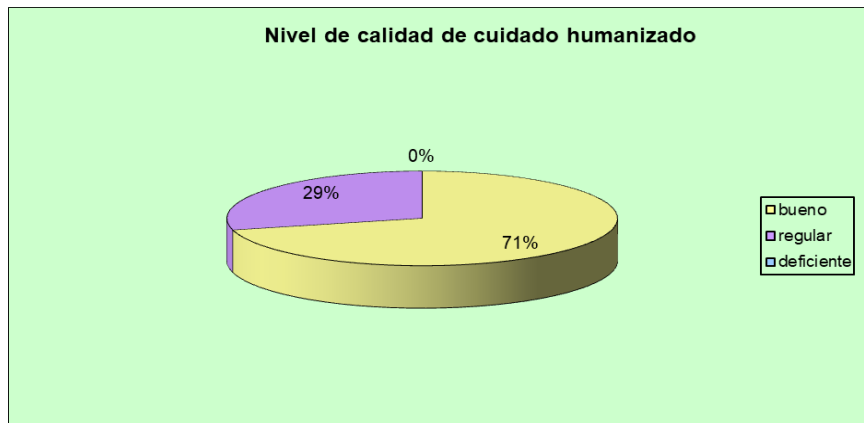


Gráfico 7 Distribución de la Autopercepción Global según la calidad de cuidado humanizado ofrecido

Fuente: Elaboración Propia

Según los resultados de autopercepción de la calidad de cuidado humanizado, medidos a través del instrumento Caring Efficacy Scale, se encontró que en términos generales, el 71% de los participantes, autoperciben que ofrecen un nivel de cuidado humanizado “bueno”, mientras que el resto de los participantes, el 29% autoperciben que ofrecen una calidad de cuidado humanizado “regular”. Sin embargo no se encontró registro en el nivel cuidado humanizado “deficiente”.

En todas las dimensiones evaluadas los participantes se han calificado de manera positiva, con alta concentración de respuestas en la escala “moderadamente de acuerdo” y “fuertemente de acuerdo”, seguido, de manera más dispersa en la escala “ligeramente de acuerdo” y “ligeramente en desacuerdo”. Por lo que el resultado global del estudio arroja que los profesionales encuestados autoperciben que ofrecen una calidad de cuidado humanizado entre el nivel “bueno” y “regular”.

Los resultados obtenidos permiten inferir que en general los profesionales de la institución logran establecer vínculos enfermera–paciente de relaciones genuinamente humanas, donde hay un énfasis particular en el respeto a la

dignidad del ser humano por las creencias, valores, lenguaje, la forma de ser y estar de la persona cuidada.

Al realizar el análisis de manera separada según la dimensión fenomenológica, de interacción, de necesidad humana y científica se encontró que al respecto en la:

- **Dimensión fenomenológica:**

Tabla 8
Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Fenomenológica

<u>Autopercepción según Dimensión Fenomenológica</u>	<u>FA^a</u>	<u>%^b</u>
Buena	166	44%
Regular	74	19%
Deficiente	138	37%
Total	378	100%

NOTA: Fuente: Elaboración Propia

^a FA= Frecuencia Absoluta

^b % = Porcentaje

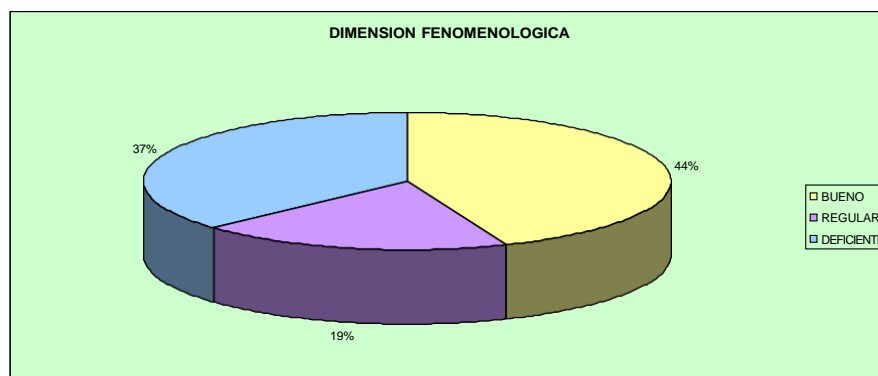


Gráfico 8 Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Fenomenológica

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 1 Distribución de las de las respuestas a las afirmaciones según FC y PCC en la Dimensión Fenomenológica

Fuente: Elaboración Propia

Prof de Enfermería	DIMENSIÓN FENOMENOLÓGICA								
	FC 1 - PCC 1			FC 2 - PCC 2			FC 3 - PCC 3		
	Afirmaciones								
Intendificador	9	10	18	4	8	13	15	27	29
1	5	6	6	3	2	2	1	4	3
2	5	6	6	3	2	2	1	3	4
3	5	6	6	2	2	2	1	3	4
4	5	6	6	2	2	2	1	3	4
5	5	6	6	2	2	2	1	3	4
6	5	6	6	4	2	2	1	3	4
7	5	6	6	4	1	2	1	4	4
8	5	6	6	4	1	2	1	4	4
9	5	6	6	4	1	2	1	4	4
10	5	6	6	6	1	2	1	4	3
11	5	6	6	6	1	2	1	4	3
12	5	6	6	6	1	2	1	4	3
13	5	6	6	6	1	2	3	4	3
14	5	6	6	6	1	2	3	1	1
15	5	6	6	6	1	2	3	1	1
16	5	6	6	6	1	2	3	1	1
17	5	6	6	6	1	2	3	1	1
18	5	6	6	6	1	2	3	2	1
19	5	6	6	6	1	2	4	2	1
20	5	5	6	6	1	2	4	2	1
21	5	5	6	6	1	3	4	2	1
22	6	5	5	6	1	3	1	2	1
23	6	5	5	6	1	1	2	2	1
24	6	5	5	6	1	6	2	2	1
25	6	5	5	6	1	6	2	2	1
26	6	5	5	6	1	6	2	2	1
27	6	5	5	6	1	6	2	3	5
28	6	3	5	6	1	6	2	4	5
29	6	3	5	6	1	6	2	4	6
30	4	4	5	5	1	5	2	4	6
31	4	4	5	5	1	5	2	4	2
32	4	4	5	5	5	5	5	4	2
33	4	4	4	5	4	5	5	4	2
34	3	4	4	5	3	5	5	4	2
35	3	4	3	5	5	5	5	5	2
36	2	4	3	5	5	5	6	5	2
37	2	1	2	5	5	5	6	5	2
38	2	1	2	5	6	5	6	5	2
39	1	1	1	5	6	5	6	5	2
40	1	2	1	4	6	1	6	6	2
41	1	2	1	1	6	1	3	6	2
42	2	2	1	1	6	1	4	6	2
TOTAL Valor Absoluto	186	197	203	204	94	136	118	143	106
	1298								

Al observar el Anexo IV se visualiza de manera particular en esta dimensión, que está integrada de tres factores de cuidado como son, la formación de un sistema humanístico–altruista de valores, inculcación de fe, esperanza y cultivo de sensibilidad. A los fines de esta investigación se logró evaluar las 9 afirmaciones propuestos por el instrumento de instrumento Caring Efficacy Scale

Particularmente en cuanto a la formación de un sistema humanístico–altruista de valores y en consonancia con el instrumento Caring Efficacy Scale, se

les solicitó evalúen en la escala de 1 a 6 la autopercepción que tenían sobre, “si pueden caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los pacientes”, “si son capaz de sintonizar con un paciente en particular y olvidar sus preocupaciones personales” y “si usualmente pueden establecer una estrecha relación con los pacientes.” En estos ítems las respuestas de los encuestados se concentraron en la escala fuertemente de acuerdo y moderadamente de acuerdo, seguido de la escala ligeramente de acuerdo y fuertemente en desacuerdo.

Específicamente respecto a la inculcación de fe-esperanza, se solicitó categorizaran la afirmaciones respecto a la autopercepción a la hora de “transmitir un sentido de fortaleza personal a los pacientes”, siendo sus respuesta concentradas en las categorías “fuertemente de acuerdo” y “moderadamente de acuerdo”. Sin embargo en cuanto a la afirmación si “tienen dificultades para dejar de lado sus creencias y prejuicios para escuchar y aceptar al paciente como persona”, los profesionales afirmaron estar “moderadamente en desacuerdo” y “fuertemente en desacuerdo”. Por ello se puede inferir que como mínimo los profesionales presentan dicotomías a la hora de la construcción de un “sistema humanístico–altruista de valores” y la “inculcación de fe, y esperanza.

Mientras que en el “cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás”, se indago “si sienten que tiendo una conversación muy personal con los pacientes las cosas pueden perder el control”, las respuestas se concentraron en “fuertemente en desacuerdo” y unos pocos refirieron estar “moderadamente de acuerdo”. Por otro lado en la afirmación “No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y preocupaciones de mis pacientes”, “A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los pacientes están

viviendo” y “Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con pacientes difíciles”, la concentración de respuestas de los participantes en estos ítems fue en la escala “fuertemente y moderadamente en desacuerdo”, seguido de la escala “ligeramente de acuerdo” y “ligeramente en desacuerdo”.

En conclusión en la dimensión fenomenológica, los resultados arrojan que el 44% de los profesionales encuestados respondieron a la categoría “moderadamente de acuerdo” y “fuertemente de acuerdo”, mientras que el 37% se autoperciben ofreciendo cuidados humanizados de “Deficiente”, puesto que sus afirmaciones se concentraron en las categorías “fuertemente en desacuerdo” y “moderadamente en desacuerdo”. Finalmente un 19% de los profesionales encuestados autoperciben que ofrecen cuidados humanizados “regulares” ya que la mayoría de las respuestas se concentraron en las categorías “ligeramente de acuerdo” y “ligeramente en desacuerdo”

Finamente, de lo expuesto se puede inferir que la mayoría de los profesionales de enfermería autoperciben poseer capacidades para ofrecer una calidad de cuidado humanizado “bueno”, ya que las valoraciones se concentran en aquellas afirmaciones donde el cuidado expuesto en forma de supuestos y factores, da cuenta de una metodología inspirada en la fenomenología como una forma de aproximación para que el cuidador profesional se convierta en instrumento terapéutico y a decir de Watson en una forma de entender la relación intersubjetiva, interpersonal y transpersonal situada en una esfera cósmica, donde cada acción tiene un efecto, lo que además impone una responsabilidad, entendida como una respuesta de profundo contenido ético en la relación con usuarios o clientes, y estimulando un proceso de individuación dinámico y coherente con el convivir.

- **Dimensión interacción:**

Tabla 9
Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Interacción

<u>Autopercepción según Dimensión Interacción</u>	<u>FA^a</u>	<u>%^b</u>
Buena	270	58%
Regular	47	10%
Deficiente	145	32%
Total	462	100%

NOTA: Fuente: Elaboración Propia

^a FA= Frecuencia Absoluta

^b % = Porcentaje

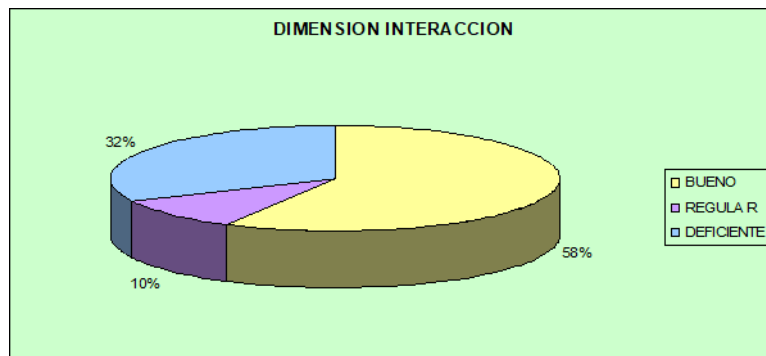


Gráfico 9 Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Interacción

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 2 Distribución de las de las respuestas a las afirmaciones según FC y PCC en la Dimensión Interacción
Fuente: Elaboración Propia

DIMENSIÓN INTERACCIÓN										
FC 4 - PCC 4						FC 5 - PCC 5				
ITEMS						ITEMS				
1	2	3	12	17	20	16	19	21	23	24
1	5	6	6	5	2	5	4	6	5	6
1	5	6	6	5	2	5	4	6	5	6
1	5	6	6	6	2	5	4	6	5	6
1	6	6	6	5	2	5	4	6	5	6
2	5	6	6	6	2	6	4	6	5	6
1	4	6	5	6	2	6	4	6	5	6
3	5	6	5	6	2	6	4	6	5	6
1	6	6	5	6	2	6	3	6	6	5
1	5	6	5	6	2	6	5	6	6	5
1	6	6	4	5	2	5	5	6	6	5
1	5	6	4	1	2	3	5	6	6	5
2	5	6	4	1	1	3	1	5	6	5
5	6	6	1	1	1	6	1	5	6	5
1	4	6	1	1	1	6	1	5	6	5
2	6	6	1	1	1	4	1	5	6	5
4	6	1	1	1	5	2	1	5	6	5
2	5	6	2	1	1	2	1	5	6	5
6	6	6	2	1	1	2	1	5	6	5
2	6	6	2	1	1	5	1	5	6	5
1	6	6	2	1	3	5	2	5	5	6
1	6	6	2	1	3	5	2	5	5	6
1	6	6	2	1	3	6	2	5	5	6
6	6	6	2	1	3	6	2	5	5	6
2	5	6	2	1	4	6	1	5	5	6
1	6	6	2	1	4	6	1	6	5	6
1	6	6	2	1	4	6	1	5	5	6
1	6	5	2	1	4	6	1	5	5	6
1	5	5	2	1	4	6	2	5	6	5
4	6	5	2	1	5	6	2	5	6	5
2	6	5	2	1	5	6	2	5	6	5
1	6	5	2	1	5	6	2	5	6	5
2	6	5	2	1	5	6	2	5	6	5
3	6	5	2	6	5	6	2	6	6	5
2	5	5	2	6	5	6	2	6	5	5
1	6	5	2	2	5	6	2	6	5	5
1	6	5	2	2	6	6	1	6	5	3
1	5	5	2	2	6	6	1	6	3	3
1	5	4	2	2	6	6	1	6	3	3
1	6	4	2	2	6	6	1	3	3	4
3	4	4	3	3	6	6	1	3	4	4
1	5	4	3	4	6	6	1	4	2	4
77	231	228	120	108	140	223	90	222	218	217

39

Al observar el Anexo IV se visualiza que en base a la teoría de cuidado transpersonal de Watson, particularmente esta dimensión está integrada por dos factores de cuidado a saber: el “desarrollo de una relación de ayuda y confianza” y la “promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos”. Estos dos factores de cuidado fueron evaluados a través de 11 afirmaciones en la encuesta realizada a los profesionales de enfermería de los servicios de internación en base al instrumento de Caring Efficacy Scale.

En el Factor “desarrollo de una relación de ayuda y confianza” se solicitó categorizaran del 1 a 6 las afirmaciones tales como si perciben “confianza en las habilidades para expresar un sentido de cuidado al paciente” concentrándose mayoritariamente las respuestas de los encuestados en las categorías “moderadamente en desacuerdo y fuertemente en desacuerdo”. (Ver Anexo IV)

Por otra parte en las afirmaciones 2 y 3 respecto a “si se están relacionando bien con un paciente y trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.” Y “Me siento cómoda al tocar a mis pacientes cuando proporciono cuidado”, respondieron de manera positiva concentrando sus respuestas en “moderadamente de acuerdo y fuertemente de acuerdo”. En contraposición en las preguntas “Carezco de confianza en mí habilidad para hablar con pacientes cuyos orígenes son diferentes a la mía”, “Creo tener problema para relacionarme con mis pacientes y “A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes cuando lo necesito” donde la mayor concentración de respuestas se dio en las categorías “fuertemente en desacuerdo y moderadamente en desacuerdo”, lo que expresa una percepción de calidad de cuidados de forma negativa. Las afirmaciones en las categorías “ligeramente de acuerdo y ligeramente en desacuerdo” fueron menores y muy dispersas.

En cuanto a la “promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos”, la autopercepción de las enfermeras encuestadas se concentran mayoritariamente en las afirmaciones: “aun cuando siento confianza en mí misma, respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con pacientes”, “usualmente logro agradecerles a mis pacientes.”, “cuando trato de resolver un conflicto con pacientes, habitualmente lo hago peor”, “si encuentro difícil el relacionarme con un paciente, dejo de trabajar con esa

persona.”, “a menudo encuentro difícil el relacionarme con pacientes de culturas diferentes a la mía”. Así, estas afirmaciones concentran la codificación en las categorías “moderadamente de acuerdo” y “fuertemente de acuerdo”, lo que expresa una percepción de calidad de cuidados positiva o “buena”.

Esta autopercepción constituye una valoración positiva respecto a la calidad de los cuidados humanizados que ofrecen los enfermeros profesionales de los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Eca. Lo expresado está representado en la tabla y gráfico 9 donde el 58% de la población en estudio autopercebió la calidad de cuidados que ofrecen como “buena”, seguido del 32% que lo autopercebe como “deficiente” y un 10 % que lo autopercebe “regular”.

Lo expuesto demuestra que hay interés en la relación enfermera/o – paciente y que esta va más allá correspondencia objetiva de la profesión de intervenir en el proceso de salud-enfermedad, ya que se muestra interés en la aceptación de la expresión propuesta en la encuesta, tanto de los sentimientos positivos y negativos, implicando coherencia, empatía, comunicación.

- **Dimensión necesidad humana:**

Tabla 10

Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Necesidad Humana

<u>Autopercepción según Dimensión Necesidad Humana</u>	<u>FA^a</u>	<u>%^b</u>
Buena	144	70%
Regular	22	10%
Deficiente	44	20%
Total	210	100%

NOTA: Fuente: Elaboración Propia

^a FA= Frecuencia Absoluta

^b % = Porcentaje

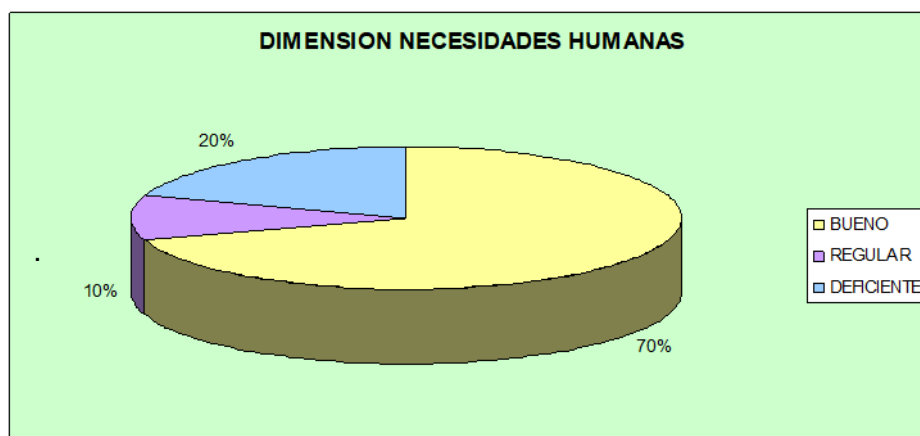


Gráfico 10 Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Necesidad Humana

Fuente: Elaboración Propia

La provisión de un entorno de apoyo y protección mental, física y espiritual, se interrogó en base a las afirmaciones: “Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un paciente, al mismo tiempo que lo escucho”, “He ayudado a muchos pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas”. Las condiciones seleccionadas para categorizar las afirmaciones se concentraron en las categorías “moderadamente de acuerdo y fuertemente de acuerdo”, seguido de las categorías “ligeramente de acuerdo y en desacuerdo”.

En cuanto a la afirmación “A menudo encuentro difícil expresar empatía con pacientes” las mismas se concentraron en las categorías moderadamente en desacuerdo y fuertemente en desacuerdo.

Por otro lado respecto al factor “satisfacción de necesidades humanas del paciente”, las afirmaciones que figuraron fueron: “Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes” y “Si pienso que un paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, yo me acerco a esa persona”. En estos ítems se percibió una calidad de cuidado humano “buena”, los profesionales encuestados refirieron estar “moderadamente de acuerdo” y “fuertemente de acuerdo”.

Finalmente puede mencionarse que la autopercepción mayoritaria en la dimensión “necesidad humana” fue catalogada como “buena”, ya que el 70% de los profesionales refiere estar moderadamente de acuerdo y fuertemente de acuerdo en la calidad de cuidado humanizado que ofrecen, seguido del 20% que lo cataloga como “deficiente” y un 10% como regular.

En esta dimensión de acuerdo a los resultados expuestos se puede inferir en que el personal de enfermería cuenta con las competencias necesarias así como la buena actitud frente a las necesidades de los pacientes y la respuesta oportuna a sus llamados, lo cual demuestra que tienen la capacidad de elegir la mejor forma de brindar cuidado, demostrando que existe interés en reconocer la condición del otro, sensibilidad para percibir y comprender los sentimientos.

- **Dimensión Científica:**

Tabla 11
Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Científica

<u>Autopercepción según Dimensión Científica</u>	<u>FA^a</u>	<u>%^b</u>
Buena	144	68%
Regular	17	9%
Deficiente	49	23%
Total	210	100%

NOTA: Fuente: Elaboración Propia

^a FA= Frecuencia Absoluta

^b % = Porcentaje

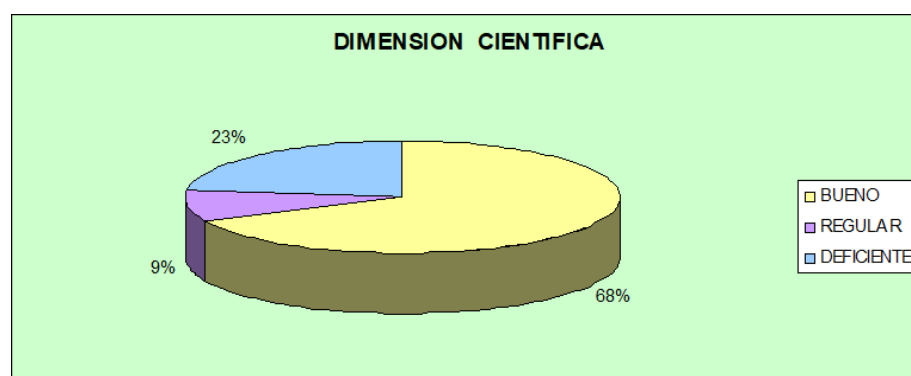


Gráfico 11 **Distribución de la Autopercepción de la Calidad de Cuidado Humanizado Ofrecido según la Dimensión Científica**

Fuente: Elaboración Propia

Para determinar el “uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y la toma de decisiones”, las 2 afirmaciones que se tomaron del instrumento de Caring Efficacy Scale. Fueron: “Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes”, “No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis pacientes”, y de esta forma los encuestados autopercebieron que para ambos ítems, la calidad de cuidado humanizado que ofrecían era mayoritariamente, en ambas afirmaciones entre “moderadamente de acuerdo” y “fuertemente de acuerdo”. Así puede inferirse que se autopercebieron como “bueno” la calidad de cuidado humanizado que ofrecen y de manera más dispersa las valoraciones fueron en las categorías “moderadamente en desacuerdo” y fuertemente en desacuerdo seguido de, las categorías “ligeramente de acuerdo” y “ligeramente en desacuerdo”.

En el factor promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal, las afirmaciones del instrumento Caring Efficacy Scale fueron: “Yo uso lo que aprendo de mis conversaciones con pacientes para suministrar un cuidado más individualizado” y “cuando un paciente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel”. En este caso mayoritariamente las afirmaciones fueron entre las categorías moderadamente de acuerdo y fuertemente de acuerdo y con menor incidencia en las categorías “ligeramente de acuerdo” y “ligeramente en desacuerdo”. (Ver Anexo IV)

En cuanto al factor de cuidado 10, referido al “reconocimiento de fuerzas existenciales fenomenológica”, se evaluó con una afirmación del instrumento Caring Efficacy Scale: “los pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré afectada”, los participantes refirieron estar moderadamente y fuertemente de acuerdo.

En conclusión los resultados en la dimensión científica, los profesionales encuestados autoperciben desde esta perspectiva científica, como “bueno” los cuidados humanizados que ofrecen ya que esta categoría está representada por el 68% de las afirmaciones de los profesionales encuestados, siendo solo el 23% los que la autoperciben como “deficiente” y el 9 % como “regular”.

Así, se puede inferir que los enfermeros profesionales del hospital Pedro Ecay en los servicios de internación, autoperciben que realizan cuidados humanizados, basados en pensamientos lógicos, a través del proceso de atención de enfermería, el cual debería constituir un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, en el que influyen las opiniones, conocimientos y habilidades que permiten un razonamiento crítico, capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales de la enfermera/o.

Sin embargo como agente parte de la institución, la autora debe reconocer que estos planes no se encuentran registrados y tampoco aparecen en las Historias Clínicas de los pacientes internados en el hospital; lo cual deja un interrogante entre lo que en la realidad sucede con la metodología enfermero y la autopercepción de los profesionales, a la hora de ofrecer cuidados humanizados de calidad

Watson afirma que en la práctica cotidiana de la enfermería se debe sostener, cultivar e integrar los conocimientos científicos a lo largo de la vida profesional, para guiar su actuar diario, sin embargo enfatiza que la asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera

DISCUSION

Enfermería como ciencia humana engloba la vida y la interrelación de las personas en el proceso de cuidado humano, el cual es un acto epistémico que contribuye a la preservación de la humanidad. Conforme lo describe Watson al referirse al cuidado, “es un conjunto de acciones seleccionadas por el profesional de Enfermería y el individuo, dentro de una experiencia transpersonal, que permiten la apertura y desarrollo de las capacidades humanas, es decir dos subjetividades identificadas en permanente apertura, donde cada una vierte lo mejor de sí” (Guzmán, 2011).

Es así, que para lograr esa “experiencia transpersonal”, ambos sujetos que intervienen en la relación terapéutica vinculada al “cuidado de enfermería”, deben tener en cuenta, a decir de Watson, cuatro dimensiones que se corresponde con lo que ella misma ha dado en llamar, Dimensión Fenomenológica, Dimensión Interacción, Dimensión Necesidad Humana y Dimensión científica.

Por otra parte, y a los fines de que se comprenda lo que aquí se plantea en la discusión de los datos obtenidos por la investigación, se quiere dejar sentado que la autora ha considerado que las afirmaciones que fueron valoradas como “regulares” y “deficientes” en muchas ocasiones del debate que se plantea, han sido consideradas como “autopercepción negativa”, puesto que se trata de un estudio sobre una población de profesionales donde los aspectos vinculados al “cuidado humanizado” no deberían estar en discusión

Por ello se puede decir, que en el Hospital Pedro Eca, los profesionales de Enfermería se distinguen de otras profesiones, por la interacción directa que establecen con el paciente, la que se caracteriza por su esencia de vocación y actitudes aprendidas durante la formación académica tanto en el ámbito Universitario, como en el de las Escuelas Terciarias, donde se han formado los casi 98% de Técnicos y el 2% de Licenciados en enfermería que se participaron en este estudio.

Cabe mencionar además, que a partir de una indagación paralela que realizó la autora de este estudio, los 42 participantes (debido a una política de mejora de la calidad en la prestación de los servicios de enfermería, que las autoridades institucionales han puesto en marcha hace algunos años), constituyen el 100% de la planta de agentes que trabajan en los servicios de Internación del hospital y que casi 83% de los técnicos ya están en la etapa final de su formación de grado.

Estos últimos datos, sumado a los antecedentes que se corresponde con la Variable Sociodemográfica de esta investigación, hacen pensar que prospectivamente, mejoraría la calidad de atención y permitiría al grupo profesional establecer una marca en su actuar en un futuro, donde la experiencia de “relación transpersonal en el cuidado más humanizado”, sería el eje central que conduzca ese actuar de manera proactiva.

Por otra parte, en esta investigación se buscó describir la autopercepción de cuidado humanizado que tienen los profesionales de enfermería de los servicios de internación del hospital Municipal Pedro Eca y los resultados de este

estudio dan cuenta que la autopercepción global de cuidado humanizado fue del 71% en un nivel de calidad “Bueno”, lo que permitiría entender que la institución cuenta con personal de enfermería profesional que se autopercibe con capacidad para actuar y humanizar el cuidado de enfermería, estableciendo una relación interpersonal con la persona cuidada, con interés por reconocer la condición del otro, teniendo sensibilidad para percibir y comprender los sentimientos y manteniendo la confidencialidad e intimidad de la persona cuidada.

También en la actualidad, la exigencia de la sociedad de Carmen de Patagones, por un trato humano en el campo de la salud, es cada vez mayor, por ello el servicio de Enfermería del hospital Pedro Ecay, está trabajando en ese sentido, lo se puede observar en los datos que arroja el estudio en la “Dimensión Necesidades Humanas”, donde los profesionales se autoperciben ofreciendo cuidados humanizados de manera empática e intentado desarrollar habilidades cercanas y significativas para vincularse con el paciente. (Ver datos obtenidos en la Dimensión Necesidades Humanas, donde el 70% se autoperciben ofreciendo un cuidado humanizado “Bueno”).

A pesar de ello, cabe mencionar que al estudiar la Dimensión Fenomenológica, el 37% autopercibió el cuidado ofrecido como “Deficiente” y el 19% como “Regular”, lo que constituye un 56% del total de encuestados que se autoperciben ofreciendo un cuidado humanizado, porque en esta dimensión, la “vinculación intersubjetiva” es inadecuada, costándoles lograr sensibilidad para entender la situación que vive la persona cuidada.

Cabe aclarar, que si bien la utilización de un instrumento como el que se manipuló en este estudio que se refiere a la autopercepción de cuidado

humanizado, permite evaluar la calidad del servicio de enfermería en esta institución, en muchas ocasiones, el contexto del servicio, el proceso de enfermedad del paciente, la privacidad, el ruido, la relación con la familia, la interrelación entre compañeros, pueden influir en la autopercepción de cuidado estableciendo diferencias entre servicios. Por esta razón surge de esta investigación la necesidad de observar la realidad de cada uno de los servicios en particular y comparativamente entre unos y otros.

Además, los resultados aportados por esta investigación, sobre todo en la “dimensión fenomenológica”, demuestran que la mayor concentración de respuestas autopercibidas como “Buenas”, se encuentran concentradas en el FC 1 donde se hace hincapié en los valores altruistas y humanos, y esto deja reflejado que el principal enfoque del cuidado humanizado que autoperciben los profesionales de enfermería del Hospital Pedro Eca, se refiere al aspecto de serenidad y energía que demuestran al vincularse, la sintonización con los pacientes en la situación de internación que viven, el establecimiento de estrechas relaciones con las personas cuidadas y la transmisión del sentido de fortalezas que realizan en determinadas situaciones del proceso salud enfermedad que viven, lo que ayuda y favorece, sin duda a las personas cuidadas a su cargo, a entender y vivir el proceso de hospitalización.

Por otra parte, en la presente investigación se observa nuevamente una contradicción en las formas como se autoperciben los profesionales a la hora de ofrecer el cuidado humanizado puesto que, a través de la valoración que realizan, de las diferentes afirmaciones en la Dimensión Científica, un 32% de los profesionales de enfermería autoperciben el cuidado ofrecido como “Regular y Deficiente” ya que consideran no ser creativos y tienen dificultades a la hora de

introducir sentido de normalidad en condiciones estresantes cuando deben utilizar el método científico en la toma de decisiones. Por otra parte el 68% autoperciben esta situación como “Buena”, ya que mencionan que ofrecen cuidados individualizados, siendo capaces de adaptarse al nivel de la persona cuidada sin verse afectados por lo que los pacientes le plantean.

Posiblemente, esto es nuevamente un punto a indagar y profundizar en estudios posteriores, ya que en la realidad lo que la autora observa, es que más allá de su autopercepción demostrada, en el servicio de enfermería, se continúan enfatizando los cuidados con una visión biologista, procedimental y rutinaria. Los datos obtenidos dan cuenta de que a la hora de evaluar la autopercepción sobre las necesidades Humanas, un 30% lo hacen de manera “Regular y Deficiente”, lo que implica que la principal razón de existir de la profesión, la satisfacción de las necesidades humanas amparadas en un método científico, no es tomada en cuenta a pesar de que todos son profesionales de la enfermería. Incluso se estima que esto, puede estar atravesado y estimulado desde la formación, lo que permite inferir la necesidad de ahondar en la autopercepción sobre cuidados humanizados, incluso desde el ámbito académico ya que se trata de personas que se han profesionalizado y por tanto han tenido que hacer un esfuerzo en el cambio de identidad profesional.

En cuanto a la Dimensión Interacción, se puede observar en la Tabla 9 que la autopercepción es “Buena” en un 58% de los casos y es “Regular” en un 10% y “Deficiente” en un 32%, lo que implica que casi un 42% de las personas autoperciben el desarrollo de la relación de ayuda y confianza que ofrecen de manera inadecuada. Al observar la concentración de afirmaciones “Regulares” y “Deficientes” en el Cuadro 2, se puede inferir que esta visión impropia, está

basada en que no logran autoperibirse estableciendo confianza y habilidad para expresar el sentido de cuidado a las personas y para hablar con pacientes de origen diferentes. También se observa que la concentración de respuestas negativas están dadas en las afirmaciones que se corresponden a problemas para relacionarse con las personas cuidadas, considerando que usualmente no logran agradarles y que presentan dificultades para transmitirles puntos de vista diferentes cuando lo necesitan.

Por otra parte, es esperable que la autopercepción respecto a los cuidados humanizados, que podrían valorar los usuarios del servicio de enfermería, sea diferente e incluso se contraponga, con lo que esta investigación obtuvo. Por ello sería recomendable que se realice también un estudio desde la visión de las personas cuidadas, para que desde las dos miradas, se puedan establecer recomendaciones y estrategias de intervención en los servicios de internación de enfermería, para mejorar de manera prospectiva la calidad de los cuidados humanizados que la profesión ofrece en el hospital Municipal Pedro Ecay.

Nuevamente, al observar y comparar los datos de las características sociodemográficas de los encuestados, existen algunos indicadores que llamaron la atención de la autora de este estudio. Es de mencionar, que cuando se compara la variable “formación académica”, “antigüedad como profesional” y “edad”, llama la atención que en términos generales, el 98% son enfermeros técnicos, el casi 60% tienen una antigüedad como profesionales en un rango de 1 a 10 años y aproximadamente el 60%, representa a los adultos jóvenes en etapa madura, cuya edad se encuentra en el rango 31 a 50 años. Esto, junto con la experiencia de trabajo de la autora en la institución, permite inferir que el platel de enfermería de los servicios de internación del Hospital Pedro Ecay, es un grupo

de agentes que mayoritariamente provienen del colectivo auxiliar de enfermería y que se ha profesionalizado mientras trabajaron.

Por otra parte, es posible que esta realidad intervenga a la hora de que cada profesional de la institución, califique en algunos casos, la autopercepción que poseen sobre los cuidados humanizados que brindan, de manera regular o deficiente. Se plantea esto porque el proceso de profesionalización exige, además de incorporar nuevos conocimiento, habilidades y competencias acreditadas por los títulos obtenidos, iniciar un proceso de deconstrucción y construcción de identidad, ya que las incumbencias de ambos colectivos son según la ley de ejercicio diferentes a la hora de intervenir la relación terapéutica.

Cabe aclarar que la autora considera que la experiencia como auxiliar de la profesión, muchas veces incide en la mirada del ejercicio profesional y no profesional de la enfermería. Esto sucede porque desde las cuatro Dimensiones de Watson estudiadas, la “necesidad humana” es el eje y la razón de existir del cuidado de enfermería, siendo el “profesional” quien debería ofrecer cuidados planificados en base a una metodología “científica” para lo que se requiere del establecimiento de una “interacción” personalizada basada en la conciencia de la diversidad “fenomenológica” en la que viven los sujetos que intervienen en la vinculación terapéutica.

CAPITULO V

CONCLUSION

El estudio permito conocer mediante un enfoque cuantitativo, transversal, la autopercepción sobre la calidad de cuidados humanizados que ofrecen los profesionales de enfermería en los servicios de internación del Hospital Municipal Pedro Ecay de Carmen de Patagones durante los meses de febrero y marzo del 2018.

Los resultados obtenidos demuestran que los profesionales de enfermería autoperciben un nivel de cuidado humanizado “bueno” y las afirmaciones se concentraron principalmente en la escala “fuertemente de acuerdo y moderadamente de acuerdo”. Por otra parte, lo que corresponde a un nivel de cuidado humanizado “regular” aparecieron algunas afirmaciones en la escala ligeramente de acuerdo y ligeramente en desacuerdo (“Regular”), sin embargo no apareció ninguna categorización en el nivel de autopercepción “deficiente”.

En cuanto a las dimensiones evaluadas de acuerdo a la teoría de Watson, la autopercepción en general de cada participante encuestado fue positiva, (71%), sumaron entre 121 y 180 puntos, que determinaron el agrupamiento de “Bueno” para 30 enfermeros profesionales, quienes respondieron a las afirmaciones con “Moderadamente de Acuerdo u “Fuertemente de Acuerdo.

Por otra parte, solo el 29% de los encuestados valoraron sobre las 30 afirmaciones agrupadas en 10 factores y procesos caritas de cuidado, de forma “Regular” alcanzando puntajes de entre 61 y 120 puntos y respondiendo con las

categorías “Ligeramente de acuerdo” y “Ligeramente en desacuerdo”., no encontrándose ningún encuestado en el Agrupamiento “Deficiente”.

Finalmente, la autora considera necesario en este apartado comentar sus conclusiones respecto a la experiencia de realización específica de este estudio, ya que el proceso de desarrollo y concreción del mismo, que duró 13 meses desde la primera reunión con la docente que se constituiría en directora.

Desde ese momento a la actualidad, sucedieron varias situaciones que me permitieron crecer no solo como profesional, sino como persona, como madre, como esposa, como hija, como compañera de trabajo y como enfermera que utiliza un método sistemático y un lenguaje específico de la profesión.

El camino no fue fácil, sin embargo logré comprender concretamente las formas de utilización de un método que me parecía imposible de implementar en los inicios y que hoy sin embargo, considero haber aprendido sus pasos pero fundamentalmente su importancia a la hora de construir nuevos marco conceptuales de una profesión, que a pesar de sus grandes avances a lo largo de la historia, aún requiere profesionales comprometidos en la humanización de los cuidados

RECOMENDACIONES

Según la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson J, mantiene la necesidad de completar sus mandatos teóricos en los distintos escenarios del quehacer enfermero: gestión, asistencia, docencia e investigación. El cuidado transpersonal es una forma única que afronta el enfermero, es una especie exclusiva de cuidado humano, que estriba en el deber moral de la enfermera, de sostener e incrementar la dignidad humana, lo que facilitará resaltar el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica diaria.

A estos fines es entonces que la autora de esta investigación, propone a modo de listado las siguientes recomendaciones:

- Producir en cada uno de los servicios de internación de la Institución donde se produjo el estudio, indicadores que consideren la satisfacción del paciente, a fin de alcanzar estándares de calidad en el cuidado humanizado de Enfermería, que permitan la evaluación y concientización permanente de los profesionales sobre la magnitud y repercusión de un ejercicio profesional de calidad y humanizado.
- Realizar un estudio comparativo sobre los factores que influyen en la autopercepción del cuidado humanizado que ofrecen los profesionales de enfermería en cada uno de los servicios de internación del hospital Pedro Eca. Esto permitiría conocer los factores particulares que influyen en cada contexto en el que se produce la intervención profesional.
- Iniciar en cada servicio, un proceso de detección de fortalezas y barreras que aparecen sobre los cuidados humanizados en el contexto particular de cada unidad de internación, ya que desde la perspectiva del profesional enfermero

se podría obtener información relevante para el campo conceptual de la disciplina enfermera y en particular de la enfermería de Carmen de Patagones

- Estimular a los profesionales de enfermería a utilizar las herramientas conceptuales y teóricas que existen en la disciplina, para que fortalezcan el cuidado humanizado en enfermería y que conciban el ser humano en una forma integral y como parte de una sociedad, a través de un proyecto de intervención específico realizado de manera colaborativa entre la autora de esta investigación, los profesionales que trabajan en los servicios a nivel asistencial, las autoridades de cada servicio y del departamento de enfermería del hospital Pedro Ecay.
- Profundizar tanto en la formación de enfermería, como en el ámbito laboral donde se produce el cuidado de enfermería que se da en la Comarca Viedma-Patagones, en el estudio, la reflexión y el debate concreto a través de seminarios o talleres sobre la teoría transpersonal de Watson, de tal manera que se estimule la preocupación sobre las implicancias éticas, estéticas, sociales y políticas que empoderan la práctica Profesional de la enfermera, cuando se gestiona el cuidado de manera centrada en la persona y no en los procedimientos.
- Reflexionar acerca de los valores y principios éticos que guían la práctica de Enfermería para que se constituyan en el eje central del quehacer cotidiano del profesional de Enfermería. En este sentido es importante conocer y profundizar el marco ético legal que orienta la formación y ejercicio de la enfermería a través del desarrollo de espacios de capacitación concretos desarrollados entre los entes formadores y las instituciones sanitarias de la Comarca

- Realizar otras investigaciones que están relacionados con la percepción del cuidado humanizado de los propios pacientes y además estudios similares al presente con enfoques cualitativos para lograr profundización del tema en cuestión.
- Generar en el ámbito del Hospital Pedro Ecay espacios de capacitación y reflexión continuas en servicio, con todo el personal profesional sobre las categorías del cuidado humanizado, para mejorar la atención que brindan en el propios contexto donde se produce la interacción con los usuarios a fin de satisfacer las necesidades humanas en base a la utilización de la metodología enfermero.
- Estimular y asesorar el desarrollo de otros experiencias de investigación en base a las 4 dimensiones utilizadas en el presente estudio para profundizar en los factores de cuidado de manera particular, aplicando encuestas que permitan valorar de manera proactiva la práctica de cuidados humanizados que se brinda a la comunidad de Carmen de Patagones.
- Generar nuevos instrumentos de manera colaborativa con los equipos de profesionales de cada uno de los servicios de internación, a fin de ir mejorando la autopercepción que poseen sobre los cuidados que brindan. Los instrumentos a generar, podrían auto-valorar los conocimientos que se poseen y las actitudes y desempeños que instrumentan los enfermeros, respecto al cuidado humanizado ante los pacientes internados a fin de mejorar las deficiencias y fortalecer las virtudes en beneficio del propio colectivo profesional de la Comarca, de los integrantes del equipo de salud de la institución y de los usuarios y sus familias.

- Iniciar un proceso que se sostenga en el tiempo, de Humanización de los cuidados de Enfermería en el Hospital Pedro Eca y donde se planifiquen acciones a corto y largo plazo de manera estratégica a través de la educación permanente en servicio y donde se consideren los aspectos que intervienen en la Humanización de los profesionales, la humanización de la relación humana, humanización del entorno laboral y la humanización de la institución. El plan de trabajo debería incluir una visión sobre cuidados humanizados que se podría definir de la siguiente manera: “Un servicio de internación del Hospital Pedro Eca, es aquel en el que las personas cuidadas son consideradas como seres totales y únicos, donde la relación interpersonal que se establece con la persona que cuida, es abierta y transparente”.

CAPITULO VI

BIBLIOGRAFÍA

- Álvaro J Y Garrido A. Psicología social: Perspectivas psicológicas y sociológicas. Madrid: Editorial Mc Graw-Hill; 2003
- Artavia Y Rodríguez A “Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía” Emmanuel Levinas”. Costa Rica; Revista científica de enfermería 32(1):37 2011.
- Alvarado F, E. L., & Pineda, E. B. (2001). Plan de tabulación y análisis. En Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud (págs. 189-193). OPS/OMS.
- Barbosa L, Azevedo S. “Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos”. Index vol.15 n°54 versión Online ISSN 16995988 versión impresa ISSN 1132-1296 Granada oct.2006.
- Bandura A. “La autoeficiencia percibida”. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 1995; 26 (3): pág. 179 -190.
- Barnard A, Sandelowski, M (2001). “Technology and humane care”: (ir) reconcilable or invented deference Journal of Advanced Nursing, 34 (3): pág.367-375
- Beltrán Zuli Milena 2017 “Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” (Tesis de grado) Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería Bogotá, Colombia.
- Brusco “Humanización de la asistencia al enfermo”. España: Sal Terrae. Cuadernos del centro de humanización de la salud. Citado por: González Juárez L, Velandia Mora AL, Flores Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev. CONAMED [internet]. 2009; 14(1): 40-43. [Consultado 2017 oct08] disponible:<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444>.
- Canales, F., Alvarado, E. L., & Pineda, E. B. (2001). Tipos de estudio. En Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud (págs. 134-145). OPS/OMS.
- Centro de estadística del Hospital Municipal Pedro Ecay. Año 2017.

- Collière M (1993). "Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería". Madrid: McGraw- Hill/Interamericana.
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2012).Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería .obtenido de sitio Web del consejo internacional de enfermería: http://www.icnch/imágenes/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
- Day R. "Psicología de la Percepción Humana. México: Limusa Wiley S.A; 2008.
- Escudero Rodríguez B (2003). Humanismo y Tecnología en los Cuidados de Enfermería.
- Espinosa Aranzales A, Enríquez C, Leiva Aranzales F, López Arévalo
- Castañeda Rodríguez "La Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería" ciencia y enfermería xx (2):39-49,2015. ía desde la Perspectiva Docente. Enfermería Clínica, 13 (3):pag164-170.
- Farías F, Vidal Los Cuidado Humanizado en la UCI: desafíos en la visión de los profesionales de la salud. J. res.: fundam. care. Online 2013. out./dez. 5(4):635-42. AR G.
- Florence Nightingale, la dama de la lámpara. Cuidándote digital. 2013; 3
- González, G., Bracho, C., Zambrano, A., Marquina, M. y Guerra, C. (2012).El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud.[internet]. [Consultado 2017 jun 20]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol6n2/6-2-4.pdf>.
- González L, Velandia A, Flores V. Humanización del cuidado de Enfermería. De la formación a la práctica clínica. Conamed. Suplemento de Enfermería. 2009 Octubre p. 40-43. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444> 14(1): 40-43
- Heidegger, M. (1970). Carta sobre el humanismo. Madrid: Taurus. Citado por: González Juárez L, Velandia Mora AL, Flores Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev. CONAMED [internet]. 2009; 14(1): 40-43.
- Heluy De Castro C, De Faria T, Felipe Cabañero R, Castelló Cabo M (2004). Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. Index de Enfermería, 13:44-45. [Links]
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Disponible en: <http://www.sig.indec.gob.ar/censo2010/>

- Juárez, C, Sate M, Y Villarreal P 2009 "Cuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes en el servicio de unidad de terapia intensiva Hospital Infantil Municipal"(tesis de grado)Universidad Nacional de Córdoba.
- Landman Navarro C, Canales Gómez S, Garay Schmitt, García Figueroa P, Y López "Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile" .Enfermería (Montev.) - Vol. 3 (2): 12-21 - diciembre 2014 - ISSN: 1688-8375.
- Leininger M: un análisis de sus fundamentos teóricos. revista enfermería 42-universitaria ENEO-UNAM. 2007 mayo-agosto; 4(2).
- Parsons T. El sistema social. Madrid: Alianza; 1999.
- Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paúl Enferm [internet]. 2007; 20(4)499-503 [consultado 2016 ENE 01]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
- Ramírez Perdomo C Y Parra Vargas M "percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos avances en enfermería". Avances en enfermería _ vol. xxix n.º (1): 97-108, 2011 fuente Bireme.
- Real Academia de la Española. Diccionario Enciclopédico Universal. España; 1998.
- Romero-Massa E, Contreras-Méndez I Pérez, Yanileth Moncada A Y Jiménez-Zamora V "cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados".Cartagena, Colombia.Rev.cienc.biomed. 2013;4(1):60-68.
- Rubio LMD. Fundamentos Filosóficos de la propuesta de Virginia Henderson. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007 ENERO-ABRIL; 4(1).
- Santos Hernández A (2001). Humanización de la Atención Sanitaria, Retos y Perspectivas. sitio en internet Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=754843&orden=38064&info=link>.
- Vargas Toloza, Ruby E. "Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo". Ciencia y cuidado vol.4Nº4 2007.
- Watson, j. (1988) Cuidado Humano. En J. Watson, Enfermería ciencia humano y cuidado Humano: una teoría de enfermería (pág. 9 -30). Estados Unidos: national League For Nursing.
- Watson J. Enfermería: Ciencia humana y cuidados humanos. Una teoría de enfermería. Boston: Jones and Bartlett; 1979. Watson J. Ciencia humana y

cuidado humano una teoría de enfermería Nueva York: Nursing Publications; 1988.

Watson J. Los diez factores de cuidados originales. Citado por: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 7. ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

Watson J. Nursing: The Philosophy and science of caring. USA, Boulder (Colorado): Colorado Associated University Press; 1985.

Leyes citadas

Ley N°26.529.Ley de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Honorable congreso de la nación Argentina Buenos Aires,21 de octubre de 2009.

Ley N°153 / 99 .ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires garantiza el derecho a la salud integral mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin .Honorable congreso de la nación Argentina Buenos Aires, 25 de febrero de 1999

Ley N° 24004 ley nacional Ejercicio de Enfermería. Honorable Congreso de la Nación Argentina - Buenos Aires 26 de septiembre de 1991.

Ley N° 12245 ley provincia de Buenos Aires - Reglamentación del ejercicio de enfermería Honorable congreso de la nación febrero de 1998.

ANEXOS

ANEXO I:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Tesis sobre “percepción sobre la calidad de cuidados humanizados que ofrecen los profesionales de enfermería en los servicios de internación del hospital municipal Pedro Ecay de Carmen de Patagones 2018”

Estimado/a colega: en esta oportunidad le presenta la siguiente encuesta con la finalidad de recolectar datos sobre lo que Ud. percibe sobre la calidad del cuidado humanizado de los cuidados que ofrece a las personas que se encuentran internadas en el servicio que Ud. Trabaja.

Los datos que me aporten tendrán carácter confidencial ya que se efectúa con fines estrictamente académicos y de investigación, lo que permitirá cumplir con el requisito de la presentación de una tesis para acceder al título de Licenciado en enfermería

Desde ya agradezco su colaboración con este estudio

Daniela Cayumil

Instrucciones:

Le solicito que:

Lea con atención cada uno de los ítems a fin de responder

Marque con una cruz o escriba con letra clara a fin de que la información sea comprensible.

El instrumento cuenta con varias tablas. En las 2 primeras le solicitaré información sociodemográfica y en la tercera encontrará una serie de afirmaciones a las que deberá calificar en una escala entre “Caring Efficacy Scale” para medir el cuidado humanizado desde la percepción del profesional de enfermería.

Colocar una cruz en el número que mejor describa o exprese su opinión, según la siguiente escala de respuesta:

3	Fuertemente en desacuerdo	4	Ligeramente de acuerdo
2	Moderado desacuerdo	5	Moderadamente de acuerdo
1	Ligeramente en desacuerdo	6	Fuertemente de acuerdo

Características sociodemográficas

Género		Estado civil	
Masculino			
Femenino		Soltero	
Transgénero		Conviviente	
Edad		Casado	
21-30		Divorciado(a)	
31-40		Viudo(a)	
41-50			
51-60			
Más de 60			

Características profesionales

Nivel de formación		Experiencia profesional en enfermería		área en el que trabaja	
Enfermero		Años		Clínica medica	
		Meses		Clínica quirúrgica	
Lic. Enfermería		Tiempo de trabajo en el servicio de internación		UTI-UCI	
				Materno-infancia	

ENCUESTA

Afirmaciones sobre calidad de cuidado humanizado		Escala de respuesta					
		FD 1	MD 2	LD 3	LG 4	MA 5	FA 6
1	No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a la persona cuidada/paciente.						
2	Si no me estoy relacionando bien con un paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.						
3	Me siento cómoda al "tocar" a mis pacientes cuando proporcione cuidado.						
4	Trasmito un sentido de fortaleza personal a mis pacientes.						
5	Los pacientes pueden hablarme de cualquier cosa y yo no me sentiré afectada.						

6	Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes.						
7	Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un paciente, al mismo tiempo que lo escucho.						
8	Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar el paciente como persona.						
9	Puedo caminar en una pieza con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los pacientes.						
10	Soy capaz de sintonizar con un paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales.						
11	Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes.						
12	Carezco de confianza en mí habilidad para hablar con pacientes cuyos orígenes son diferentes a la mía.						
13	Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes las cosas pueden perder el control.						
14	Yo uso lo que aprendo de mis conversaciones con los pacientes para brindar un cuidado más individualizado.						
15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y preocupaciones de mis pacientes.						
16	Aun cuando siento confianza en mí misma, respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con pacientes.						
17	Creo tener problema para relacionarme con mis pacientes.						
18	Usualmente puedo establecer una estrecha relación con mis pacientes.						
19	Usualmente logro agradecerles a mis pacientes.						
20	A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes cuando lo necesito						
21	Cuando trato de resolver un conflicto con pacientes, habitualmente lo hago peor.						
22	Si pienso que un paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, yo me acerco a esa persona.						
23	Si encuentro difícil el relacionarme con un paciente, dejo de trabajar con esa persona.						
24	A menudo encuentro difícil el relacionarme con pacientes de culturas diferentes a la mía.						
25	He ayudado a muchos pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.						

26	A menudo encuentro difícil expresar empatía con pacientes.						
27	A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los pacientes están viviendo						
28	Cuando un paciente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.						
29	Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con pacientes difíciles.						
30	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis pacientes						

ANEXO II:

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.

Carmen de Patagones, enero 2018

Sr. Director

Hospital Municipal Pedro Ecay

Dr. F. O

SU DESPACHO

Por medio de la presente me dirijo a Usted a fin de dar a conocer que como alumna perteneciente a la Universidad Nacional del Comahue, me encuentro realizando la tesis para optar el título de grado de la licenciatura de enfermería.

Por tal motivo, solicito a UD. y por su intermedio al área de enfermería, autorización para llevar a cabo la investigación referida al tema “percepción sobre la calidad de cuidados humanizados que ofrecen los enfermeros en los servicios de internación del hospital Municipal Pedro Ecay durante los meses febrero-marzo 2018.”

Para ello, será necesario realizar entrevistas al personal de enfermería con previo consentimiento, en día y horario pactados a fin de evitar inconvenientes en el normal desenvolvimiento de las tareas asistenciales.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, saluda a usted

atte.

Enf. Cayumil Daniela V.

ANEXO III:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: “Percepción sobre la calidad de cuidados humanizados que ofrecen los enfermeros en los servicios de internación del hospital Municipal Pedro Ecay”

El presente estudio tiene como finalidad describir las percepciones que tienen los profesionales en enfermería de la institución, acerca de la calidad del cuidado humanizado que ofrecen y es llevado a cabo por Cayumil Daniela, estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad del Comahue, del Centro Universitario Regional Zona Atlántica.

Por Este motive aquí se le ofrecerá un cuestionario y se le solicitará respuesta sabiendo que:

- El tema tratado se refiere a la percepción que Ud. posee sobre la calidad del cuidado humanizado que ofrece a las personas que cuida en el servicio de internación donde trabaja
- El procedimiento del estudio implica que no haya daños previsibles para usted.
- La participación es voluntaria.
- No recibirá ningún beneficio directo por el hecho de participar en el estudio, ya que los resultados tendrán un interés científico.
- La participación del estudio es confidencial.
- La información podrá ser divulgada en publicaciones y reuniones científicas, conservando el anonimato de la persona.

Si Ud. está de acuerdo con estos puntos le solicito firme el siguiente consentimiento informado para poder comenzar con la encuesta.

Muchas gracias

Daniela Cayumil

He leído y se me ha explicado toda la información descrita en este formulario antes de firmarlo. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Carmen de Patagones, a los..... dede 2018.

Firma..... Aclaración.....

ANEXO IV

MATRIZ DE ANÁLISIS POR DIMENSIÓN E INTENSIDAD

Prof de Enfermería	Variable AUTOPERCEPCIÓN SOBRE CALIDAD DE CUIDADO HUMANIZADO																													TOTAL Valor Absoluto	AGRUPACIÓN			
	DIMENSIÓN FENOMENOLÓGICA									DIMENSIÓN INTERACCIÓN									DIMENSION NECESI HUMANA						DIMENSION CIENTIFICA									
	FC 1 - PCC 1			FC 2 - PCC 2			FC 3 - PCC 3			FC 4 - PCC 4				FC 5 - PCC 5					FC6-PCC6		FC-7 PCC-7				FC8-PCC8		FC9-PCC9					FC10-PCC10		
	Afirmaciones									Afirmaciones									Afirmaciones									Afirmaciones				Afirmaciones		Afirmaciones
Intendif.	9	10	18	4	8	13	15	27	29	1	2	3	12	17	20	16	19	21	23	24	7	25	26	22	11	30	6	14	28	5				
1	5	6	6	3	2	2	1	4	3	1	5	6	6	5	2	5	4	6	5	6	6	6	1	6	1	5	5	5	1	4	123	bueno		
2	5	6	6	3	2	2	1	3	4	1	5	6	6	5	2	5	4	6	5	6	6	6	1	6	1	5	5	5	1	4	123	bueno		
3	5	6	6	2	2	2	1	3	4	1	5	6	6	6	2	5	4	6	5	6	6	6	1	6	1	5	5	5	1	4	123	bueno		
4	5	6	6	2	2	2	1	3	4	1	6	6	6	5	2	5	4	6	5	6	6	6	1	6	2	5	5	5	1	4	124	bueno		
5	5	6	6	2	2	2	1	3	4	2	5	6	6	6	2	6	4	6	5	6	6	6	1	6	5	5	5	5	1	4	129	bueno		
6	5	6	6	4	2	2	1	3	4	1	4	6	5	6	2	6	4	6	5	6	6	6	1	6	5	5	5	5	1	4	128	bueno		
7	5	6	6	4	1	2	1	4	4	3	5	6	5	6	2	6	4	6	5	6	6	6	1	6	5	5	5	5	2	6	134	bueno		
8	5	6	6	4	1	2	1	4	4	1	6	6	5	6	2	6	3	6	6	5	6	6	1	6	5	5	5	5	2	6	132	bueno		
9	5	6	6	4	1	2	1	4	4	1	5	6	5	6	2	6	5	6	6	5	6	6	1	6	5	5	5	5	2	6	133	bueno		
10	5	6	6	6	1	2	1	4	3	1	6	6	4	5	2	5	5	6	6	5	6	6	1	6	5	5	5	5	3	6	133	bueno		
11	5	6	6	6	1	2	1	4	3	1	5	6	4	1	2	3	5	5	6	5	6	6	1	6	5	5	5	5	3	6	125	bueno		
12	5	6	6	6	1	2	1	4	3	2	5	6	4	1	1	3	1	5	6	5	6	6	1	6	5	5	5	5	4	6	122	bueno		
13	5	6	6	6	1	2	3	4	3	5	6	6	1	1	1	6	1	5	6	5	6	6	1	6	5	5	5	5	5	6	129	bueno		
14	5	6	6	6	1	2	3	1	1	1	4	6	1	1	1	6	1	5	6	5	6	6	1	6	5	5	5	5	5	6	118	regular		
15	5	6	6	6	1	2	3	1	1	2	6	6	1	1	1	4	1	5	6	5	6	5	1	6	5	5	5	5	5	6	118	regular		
16	5	6	6	6	1	2	3	1	1	1	4	6	1	1	1	2	1	5	6	5	6	5	1	6	5	5	5	5	5	6	115	regular		
17	5	6	6	6	1	2	3	1	1	2	5	6	2	1	1	2	1	5	6	5	6	5	1	6	6	5	5	5	5	6	118	regular		
18	5	6	6	6	1	2	3	2	1	6	6	6	2	1	1	2	1	5	6	5	6	5	1	6	6	4	5	6	5	6	123	bueno		
19	5	6	6	6	1	2	4	2	1	2	6	6	2	1	1	5	1	5	6	5	5	5	1	6	6	3	5	6	6	6	122	bueno		
20	5	5	6	6	1	2	4	2	1	1	6	6	2	1	3	5	2	5	5	6	5	5	1	6	6	2	1	6	6	6	118	regular		
21	5	5	6	6	1	3	4	2	1	1	6	6	2	1	3	5	2	5	5	6	5	5	1	6	6	2	1	6	6	6	119	regular		
22	6	5	5	6	1	3	1	2	1	1	6	6	2	1	3	5	2	5	5	6	5	5	1	6	6	2	2	6	6	6	117	regular		
23	6	5	5	6	1	1	2	2	1	1	6	6	2	1	3	6	2	5	5	6	5	5	1	6	6	2	6	6	6	6	121	bueno		
24	6	5	5	6	1	6	2	2	1	6	6	6	2	1	3	6	2	5	5	6	5	5	1	6	6	2	6	6	6	6	131	bueno		
25	6	5	5	6	1	6	2	2	1	2	5	6	2	1	4	6	1	5	5	6	5	5	1	6	6	2	6	6	6	6	126	bueno		
26	6	5	5	6	1	6	2	2	1	1	6	6	2	1	4	6	1	6	5	6	5	5	1	6	6	2	6	6	6	5	126	bueno		
27	6	5	5	6	1	6	2	3	5	1	6	6	2	1	4	6	1	5	5	6	5	5	2	6	6	2	6	6	6	5	131	bueno		
28	6	3	5	6	1	6	2	4	5	1	6	5	2	1	4	6	1	5	5	6	5	5	2	6	6	2	6	6	6	5	129	bueno		
29	6	3	5	6	1	6	2	4	6	1	5	5	2	1	4	6	2	5	6	5	5	5	2	6	6	2	6	6	6	5	130	bueno		
30	4	4	5	5	1	5	2	4	6	4	6	5	2	1	5	6	2	5	6	5	5	5	2	6	6	2	6	6	6	5	132	bueno		
31	4	4	5	5	1	5	2	4	2	2	6	5	2	1	5	6	2	5	6	5	5	4	2	6	6	2	6	2	6	5	121	bueno		
32	4	4	5	5	5	5	5	4	2	1	6	5	2	1	5	6	2	5	6	5	5	4	2	6	6	1	6	2	6	5	126	bueno		
33	4	4	4	5	4	5	5	4	2	2	6	5	2	1	5	6	2	5	6	5	5	4	3	6	6	1	6	2	6	5	126	bueno		
34	3	4	4	5	3	5	5	4	2	3	6	5	2	6	5	6	2	6	6	5	4	4	3	5	6	1	6	2	6	5	129	bueno		
35	3	4	3	5	5	5	5	5	2	2	5	5	2	6	5	6	2	6	6	5	6	2	3	5	6	1	6	2	6	3	125	bueno		
36	2	4	3	5	5	5	6	5	2	1	6	5	2	2	5	6	2	6	5	5	4	3	3	5	6	1	6	2	6	3	121	bueno		
37	2	1	2	5	5	5	6	5	2	1	6	5	2	2	6	6	1	6	5	3	4	3	4	5	6	1	6	2	6	3	116	bueno		
38	2	1	2	5	6	5	6	5	2	1	5	5	2	2	6	6	1	6	3	3	4	3	4	4	6	1	6	1	6	2	111	regular		
39	1	1	1	5	6	5	6	5	2	1	5	4	2	2	6	6	1	6	3	3	4	1	5	2	6	1	6	1	6	2	105	regular		
40	1	2	1	4	6	1	6	6	2	1	6	4	2	2	6	6	1	3	3	4	4	1	5	2	6	1	6	1	6	1	100	regular		
41	1	2	1	1	6	1	3	6	2	3	4	4	3	3	6	6	1	3	4	4	1	1	6	1	6	3	6	1	6	1	96	regular		
42	2	2	1	1	6	1	4	6	2	1	5	4	3	4	6	6	1	4	2	4	5	2	6	1	6	4	6	4	6	1	106	regular		
TOTAL Valor Absoluto	186	197	203	204	94	136	118	143	106	74	229	233	120	108	136	223	90	222	218	217	217	197	80	228	222	132	219	187	196	199	5.134			

CATEGORÍAS	PUNTAJACIÓN	Agrupación
1 = FUERTEMENTE EN DESACUERDO	0 A 30	Deficiente
2 = MODERADAMENTE EN DESACUERDO	31 A 60	
3 = LIGERAMENTE EN DESACUERDO	61 A 90	Regular
4 = LIGERAMENTE DE ACUERDO	91 A 120	
5 = MODERADAMENTE DE ACUERDO	121 A 150	Bueno
6 = FUERTEMENTE DE ACUERDO	151 A 180	

ANEXO V

MATRIZ DE ANALISIS POR DIMENSIÓN E INTENSIDADES							
Variable SOCIODEMOGRÁFICA							
Identificador	Género	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL DE FORMACION	Servicio en el que trabaja	Años de experiencia profesional	Antigüedad en el servicio de internación
1	F	21-30	SOLTERO	Enfermero	MI	1 A 5 AÑOS	2 AÑOS
2	F	21-30	SOLTERO	Enfermero	MI	1 A 5 AÑOS	3 AÑOS
3	F	31-40	CONVIVIENTE	Enfermero	MI	1 A 5 AÑOS	5 AÑOS
4	F	31-40	CONVIVIENTE	Enfermero	MI	6 A 10 AÑOS	6 AÑOS
5	F	31-40	CONVIENTE	Enfermero	MI	16 A 20 AÑOS	16 AÑOS
6	F	31-40	SOLTERO	Enfermero	MI	16 A 20 AÑOS	17 AÑOS
7	F	41-50	CONVIVIENTE	Enfermero	MI	11 A 15 AÑOS	12 AÑOS
8	F	21-30	SOLTERO	Enfermero	CQ	1 A 5 AÑOS	2 AÑOS
9	M	31-40	CONVIVIENTE	Enfermero	CQ	6 A 10 AÑOS	7 AÑOS
10	M	31-40	CONVIVIENTE	Enfermero	CQ	6 A 10 AÑOS	8 AÑOS
11	M	41-50	CASADO	Enfermero	CQ	21 A MAS AÑOS	4 AÑOS
12	M	41-50	DIVORCIADO	Enfermero	CQ	11 A 15 AÑOS	12 AÑOS
13	M	51-60	CASADO	Enfermero	CQ	21 A MAS AÑOS	18 AÑOS
14	M	21-30	SOLTERO	Enfermero	CQ	1 A 5 AÑOS	4 AÑOS
15	F	41-50	CONVIVIENTE	Enfermero	CQ	11 a 15 AÑOS	10 AÑOS
16	F	41-50	CONVIVIENTE	Enfermero	CQ	11 a 15 AÑOS	11 AÑOS
17	M	21-30	SOLTERO	Enfermero	CQ	1 A 5 AÑOS	3 AÑOS
18	M	21-30	CONVIVIENTE	Enfermero	CM	1 A 5 AÑOS	4 AÑOS
19	M	21-30	CONVIVIENTE	Enfermero	CM	1 A 5 AÑOS	2 AÑOS
20	F	21-30	SOLTERO	Enfermero	CM	1 A 5 AÑOS	2 ANOS
21	F	21-30	SOLTERO	Enfermero	CM	1 A 5 AÑOS	1 AÑOS
22	F	41-50	CONVIVIENTE	Enfermero	CM	6 A 10 AÑOS	7 AÑOS
23	F	41-50	CONVIVIENTE	Enfermero	CM	6 A 10 AÑOS	6 AÑOS
24	F	41-50	CONVIVIENTE	Enfermero	CM	6 A 10 AÑOS	5 AÑOS
25	F	31-40	DIVORCIADO	Enfermero	CM	6 A 10 AÑOS	10 AÑOS
26	F	41-50	DIVORCIADO	Enfermero	CM	11 A 15 AÑOS	12 AÑOS
27	F	31-40	CONVIVIENTE	Enfermero	CM	6A 10 AÑOS	7 AÑOS
28	M	41-50	DIVORCIADO	Enfermero	CM	6 A 10 AÑOS	6 AÑOS
29	F	31-40	SOLTERO	Enfermero	CM	1 A 5 AÑOS	1 AÑO
30	F	31-40	CONVIVIENTE	Enfermero	CM	6 A 10 AÑOS	2 AÑOS
31	F	31-40	CONVIVIENTE	Enfermero	UTI-UCI	6 A 10 AÑOS	7 AÑOS
32	F	31-40	CONVIVIENTE	Enfermero	UTI-UCI	11 A 15 AÑOS	15 AÑOS
33	F	31-40	CASADO	Enfermero	UTI-UCI	11 A 15 AÑOS	15 AÑOS
34	F	21-30	SOLTERO	Enfermero	UTI-UCI	1 A 5 AÑOS	3 AÑOS
35	F	31-40	CONVIVIENTE	Enfermero	UTI-UCI	6 A 10 AÑOS	10 AÑOS
36	F	41-50	CASADO	Enfermero	UTI-UCI	11 A 15 AÑOS	13 AÑOS
37	F	41-50	CASADO	Enfermero	UTI-UCI	6 A 10 AÑOS	12 AÑOS
38	M	21-30	SOLTERO	Enfermero	UTI-UCI	1 A 5 AÑOS	5 AÑOS
39	M	31-40	CONVIVIENTE	Enfermero	UTI-UCI	6 A 10 AÑOS	8 AÑOS
40	M	41-50	CASADO	Enfermero	UTI-UCI	11 A 15 AÑOS	11 AÑOS
41	M	41- 50	DIVORCIADO	Lic. en enferm	UTI-UCI	15 A 20AÑOS	13 AÑOS
42	F	31-40	CASADO	Enfermero	UTI-UCI	11 A 15 AÑOS	13 AÑOS