

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL
CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA, HOSPITAL APOYO YUNGUYO, PUNO – 2016**

TESIS

PRESENTADA POR:

YESICA YANET ALMENDRE ALBERTO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

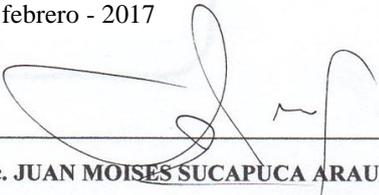
2017

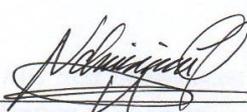
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

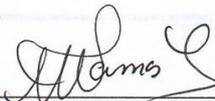


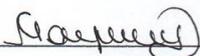
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL APOYO YUNGUYO, PUNO – 2016
TESIS PRESENTADA POR:
YESICA YANET ALMENDRE ALBERTO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
APROBADO POR EL JURADO FIRMANTE CONFORMADO POR:

Fecha de sustentación: 03 – febrero - 2017

PRESIDENTE DE JURADO : 
 Dr. Sc. JUAN MOISES SUCAPUCA ARAUJO.

PRIMER JURADO : 
 Mtro. NELVA ENRIQUETA CHIRINOS GALLEGOS.

SEGUNDO JURADO : 
 Mg. NURY GLORIA RAMOS CALISAYA.

TERCER JURADO : 
 Dra. Sc. HAYDEE CELIA PINEDA CHAIÑA.

PUNO – PERÚ
2017

Línea : Ética

Área : De administración

Tema : Clima organizacional

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo a Dios, por guiarme y a mis padres: Sr. Jorge Almendre Ramos y Sra. Isabel Alberto Poma, por su amor, apoyo incondicional; por estar siempre a mi lado en los buenos y malos momentos.

Igualmente, a mis dos hermanas, por estar siempre junto a mí.

AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad Nacional del Altiplano –
Facultad de Enfermería - Puno.*

*A mi Directora de tesis Dra. Sc. Haydee Celia
Pineda Chaiña, por la constante ayuda y
orientación en el desarrollo y culminación del
presente trabajo de investigación.*

*A los pacientes hospitalizados del Hospital de
apoyo Yunguyo por su colaboración durante la
ejecución de la investigación.*

ÍNDICE

	Resumen.....	09
	Abstract.....	10
I.	INTRODUCCIÓN.....	11
	1.1.Problema de la investigación.....	12
	1.2.Antecedentes de la investigación.....	13
	1.3.Formulación del problema.....	17
	1.4.Importancia y utilidad del estudio.....	17
	1.5.Objetivos de la investigación.....	18
	1.6.Caracterización del área de investigación.....	18
II.	REVISIÓN DE LITERATURA	
	2.1.Marco teórico.....	19
	2.2.Marco conceptual.....	23
	2.3.Hipótesis de la investigación.....	37
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	
	3.1.Tipo y diseño de la investigación.....	38
	3.2.Población y muestra.....	38
	3.3.Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
	3.4.Procedimiento de recolección de datos.....	42
	3.5.Procesamiento y análisis de datos.....	42
IV.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
	4.1.Resultados.....	43
	4.2.Discusión.....	51
V.	CONCLUSIÓN.....	57
VI.	RECOMENDACIONES.....	58
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
	ANEXOS.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01 (Percepción de los pacientes hospitalizados sobre el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería en el hospital apoyo Yunguyo – 2016).....	43
Figura 02 Humanismo /fe esperanza/ sensibilidad.....	44
Figura 03 Ayuda y confianza.....	45
Figura 04 Expresión de sentimientos positivos/negativos.....	46
Figura 05 Enseñanza/ aprendizaje.....	47
Figura 06 Soporte/ protección y ambiente.....	48
Figura 07 Asistencia en las necesidades humanas.....	49
Figura 08 Fuerzas existenciales fenomenológicas y espirituales.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 01 (Percepción de los pacientes hospitalizados sobre el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería en el hospital apoyo Yunguyo – 2016).....	43
TABLA 02 Humanismo /fe esperanza/ sensibilidad.....	44
TABLA 03 Ayuda y confianza.....	45
TABLA 04 Expresión de sentimientos positivos/negativos.....	46
TABLA 05 Enseñanza/ aprendizaje.....	47
TABLA 06 Soporte/ protección y ambiente.....	48
TABLA 07 Asistencia e las necesidades humanas.....	49
TABLA 08 Fuerzas existenciales fenomenológicas y espiritual.....	50

ACRÓNIMOS

- CBA : Caring Behaviors Assesment Tool.
- EESC : Escala de Evaluación del significado del Cuidar.
- HMNB : Hospital Manuel Núñez Butrón.
- HBV : Hospital Base Valdivia.
- PCHE : Percepción del Comportamiento del Cuidado Humanizado en
Enfermería.
- UNMSM: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

RESUMEN

La investigación respecto a la “Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería, en el hospital de apoyo Yunguyo, Puno – 2016”, se realizó con el objetivo de determinar la percepción del paciente sobre el cuidado que recibe del profesional de enfermería. El estudio es de carácter descriptivo con diseño transversal, se trabajó con una población de 104 pacientes y una muestra de 50 pacientes hospitalizados. Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el Caring Behaviors Assesment Tool, elaborado por Cronin, validado en Puno por Tania Maldonado Rodríguez y Leyder Puma Ojeda. Los resultados evidenciaron, que en relación a la percepción general de cuidado humanizado en los pacientes hospitalizados es regular, respecto a las dimensiones: humanismo/ fe, esperanza/ sensibilidad, el 68,0% de los pacientes hospitalizados consideran que “a veces” reciben un trato humanizado, ayuda / confianza percibieron el 46,0% de los pacientes consideran que “a veces”, expresión de sentimientos positivos/negativos el 58,0% de los pacientes consideran que “a veces”, enseñanza / aprendizaje, el 48% de los pacientes consideran que “casi nunca” perciben, soporte/ protección y ambiente, el 70,0% de los pacientes consideran que “a veces”, asistencia de necesidades humanas en el cuidado humano, el 52,0% consideran que “a veces” y la dimensión: fuerzas existenciales/ fenomenológicas/ espiritual, el 46,0% solo “a veces” perciben. Finalmente, si se acepta la hipótesis alterna en el que se considera que la percepción del cuidado humanizado es regular.

Palabras claves: percepción, cuidado humanizado, cuidado de enfermería.

ABSTRACT

The research concerning the "Perception of the hospitalized patient about the humanized care provided by the nursing professional at the support hospital Yunguyo, Puno - 2016" was carried out with the objective of determining the patient's perception of the care he receives Nursing professional. The study is descriptive in cross-sectional design, we worked with a population of 104 patients and a sample of 50 hospitalized patients. We used the survey technique and as an instrument the Caring Behaviors Assesment Tool, elaborated by Cronin, validated in Puno by Tania Maldonado Rodríguez and Leyder Puma Ojeda. The results showed that, in relation to the general perception of humanized care in hospitalized patients, it is regular, regarding the dimensions: humanism / faith, hope / sensitivity, 68.0% of hospitalized patients consider that "sometimes" receive A humane treatment, help / confidence perceived 46.0% of patients consider that "sometimes", expression of positive / negative feelings 58,0% of patients consider that "sometimes", teaching / learning, 48 % Of patients consider that "almost never" perceive, support / protection and environment, 70.0% of patients consider that "sometimes", assistance of human needs in human care, 52% consider that " Sometimes "and the dimension: existential / phenomenological / spiritual forces, 46.0% only" sometimes "perceive. Finally, if the alternative hypothesis is accepted in which the perception of humanized care is considered regular.

Keywords: perception, humanized care, nursing care.

I.- INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación titulado percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería, hospital apoyo Yunguyo, Puno - 2016, el cual tuvo como propósito determinar la percepción de los pacientes hospitalizados sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería, Yunguyo - 2016. La percepción de los pacientes como indicador importante de los cuidados ofrecidos por el profesional de enfermería, son escasos los logros en este campo, por la ausencia de metodologías prácticas y sencillas que puedan aplicarse a todas las instituciones y mejor aún que puedan ser utilizadas de manera específica por los diferentes profesionales de salud que proporcionan la atención en salud.

El cuidado humanizado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a los pacientes a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

Sin embargo, las institucionales hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado.

Las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, de esta forma el cuidado holístico se vea dificultado por las múltiples tareas delegados de tipo biomédica quedando relegado acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana denominado por Watson, cuidado transpersonal; dichas acciones valorizadas por los pacientes. Tales como humanismo/ fe y esperanza/sensibilidad, ayuda y confianza, expresión de sentimientos positivos y negativos, enseñanza/ aprendizaje, soporte/ protección y ambiente, asistencia en las necesidades humanas fuerzas existenciales fenomenológicas y espirituales.

1.1. El problema de la investigación.

En el mundo entero, en cada país, la salud es un derecho fundamental del hombre, por tal, es de gran importancia el cuidado humanizado integral con servicio de calidad, la que hace referencia a los aspectos técnicos, científicos y metodológicos, así como las relaciones y las percepciones que existen entre el personal de salud y los pacientes. (1)

Una de las mayores preocupaciones que aborda a los profesionales, gestores y usuarios de los sistemas de salud es la humanización de los servicios de salud. Vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de las profesiones sanitarias, en general, y del profesional de enfermería, en particular.

Una amenaza que actualmente está presente en todos los ámbitos de la vida social es aquella que tiene que ver con la deshumanización que se observa en los servicios de salud.

En el Departamento de Puno, en la Provincia de Yunguyo, donde se encuentra el Hospital Apoyo de Yunguyo, gran demanda de pacientes, la mayoría de ellos (as) emiten críticas al personal de salud, principalmente sobre el trato y cuidado, esta crítica señala aspectos como indiferencia ante las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes. La población de nuestro medio tiene características particulares y demuestran gran sensibilidad ante situaciones que se presentan en el proceso de atención siendo una de las razones por la que se realizó el presente estudio.

El cuidado humanizado requiere actos como pensar, ser, hacer, lo que involucra tanto al ser que es cuidado, como al profesional que lo cuida, sin tener en cuenta el significado del cuidado; es decir, resulta fundamental comprender la esencia del ser humano como algo integral, único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger. Los pacientes requieren de un cuidado holístico que promueva el humanismo, la salud y la calidad de vida. (2) La Enfermera debe comprender que su labor principal, es diagnosticar las reacciones humanas; esto incluye brindar una atención en forma cálida y respetando los valores éticos del paciente. Debe existir entre los profesionales de la salud y el paciente una

verdadera amistad, que convierta a la enfermera en un ser humano que brinda cuidado con ciencia y arte.

Al respecto la organización mundial de la salud en su constitución afirma, toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable e incluye a la calidad de atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y la satisfacción de los pacientes. (3)

Existen diferentes teóricos que demuestran y señalan su preocupación respecto a esta situación; la Doctora Jean Watson explica que ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermera, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es racional, transpersonal e intersubjetivo. Por lo cual el cuidado humanizado de las enfermeras debe atender el humanismo/fe y esperanza/sensibilidad, ayuda y confianza, expresión de sentimientos positivos/negativos, la enseñanza/aprendizaje, el soporte/ protección y ambiente, la asistencia en las necesidades humanas, las fuerzas existenciales fenomenológicas y espirituales. Que son las que permiten desarrollar la percepción de los pacientes respecto a un cuidado humanizado.

1.2. Antecedentes de la investigación.

Estudios desarrollados, en otros países, muestran que la enfermera brinda cuidado humanizado; a diferencia de los estudios nacionales y regionales que muestran resultados negativos.

A Nivel Mundial

Según Miranda C. Paulina, Monje V. Pablo, Oyarzún G. Jéssica. Realizaron un estudio Sobre “Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, en el Hospital Base Valdivia– CHILE 2014”. Con el objetivo de determinar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados en el subdepartamento de Medicina Adulto del cuidado humanizado que otorgan los profesionales de enfermería y los factores relacionados. Metodología de estudio cuantitativo, descriptivo, asociativa de corte transversal. Aplicaron el instrumento de Percepción de comportamiento de Cuidado Humanizado en

Enfermería (PCHE), adecuado transculturalmente y una encuesta socio demográfico. En una muestra de 171 pacientes; concluyeron que el 86% de los pacientes hospitalizados consideran que siempre reciben un trato humanizado, el 11,7% casi siempre, 1,8% algunas veces y un 0,6% nunca percibió un trato humanizado (4).

Respecto a otro estudio desarrollado por Patarroyo Morales, D. y Torres M. sobre “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería de los Pacientes con algún tipo de herida que asisten a una Clínica de Heridas en una Institución de cuarto nivel de Bogota- Colombia-2011”. Metodología de estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio. Con una muestra de 37 personas hospitalizadas, se evaluó la percepción de cuidado humanizado de enfermería, mediante el empleo del instrumento “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”. Los resultados muestran que el 86.7% de las personas hospitalizadas “siempre” percibieron un cuidado humanizado de enfermería; el 12.04% de las personas “casi siempre” y solo el 1.09% de las personas hospitalizadas “solo algunas veces” percibieron dicho cuidado (5).

Por otro lado, Hernández Vergel, L.; Zequeira Betancourt, D. y Miranda Guerra, A. realizaron el estudio titulado “La percepción del cuidado en profesionales de enfermería en la clínica «Cira García», Cuba- 2008”. Metodología de estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Para recolectar la información se utilizó una entrevista semiestructurada y la Escala de Evaluación del Significado del Cuidar (EESC). En Los resultados recibieron tratamiento estadístico con pruebas no paramétricas. Predominó el sexo femenino 75,0%, edad entre 30 y 39 años 37,50%, estado civil casado 66,66% y más de 10 años de experiencia laboral el 77,77%. En los resultados las mayores diferencias se hicieron evidentes entre las concepciones de enfermeros generales y master, en las concepciones del cuidado como característica humana 94% y como imperativo moral 0,6%. Se concluyó que existen diferencias en relación a la concepción de cuidado de enfermería entre los grupos y las categorías del cuidado investigadas (6).

Así mismo en el estudio realizados por Gonzales Burgos, J. y Quintero

Martínez D. sobre “Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de Gineco-obstetricia de una Institución de II y III nivel de atención de la Clínica Salud Corporación de Veraguas, Colombia -2009”. Metodología de estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Se trabajó con una muestra de 30 pacientes enfocados en el Teorema del Limite Central. Los resultados obtenidos dieron que el 73% de las mujeres hospitalizadas en el servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obstetricia siempre percibieron el cuidado humanizado del personal de enfermería, el 11 % casi siempre, el 12% algunas veces percibió y 4% nunca percibió el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería (7).

A Nivel Nacional

Por otro lado Laydi Vicenta León Camones realizó un estudio titulado “Percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), 2013”. El objetivo fue determinar la percepción de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado. Metodología de estudio cuantitativo, descriptivo, simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 86 estudiantes de enfermería, correspondientes a 4to y 5to año. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento una escala modificada tipo Likert. En conclusión los resultados evidenciaron, que, en relación a la percepción global de cuidado humanizado, el 54% de estudiantes tienen una percepción medianamente favorable, el 26% con percepción desfavorable y solo el 20% tienen una percepción favorable (8).

Respecto a estudio realizado por Figueroa C., sobre “Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familia cuidador en el hospital III Goyeneche-Arequipa, 2011”. Con el objetivo de describir el cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche. Metodología de estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 60 personas encuestadas en el servicio de oncología, la cual

estuvo dividida en 30 pacientes hospitalizados y 30 familiares cuidadores de ambos sexos durante el mes de noviembre, donde llegó a las siguientes conclusiones, por categorías, 1. Según, el humanismo, fe-esperanza y sensibilidad, es calificada por ambos, como regular y con tendencia a deficiente, 2. Según, la ayuda y confianza, es percibida por ambos como deficiente, 3. Según, la expresión de sentimiento positivo y negativo, es percibida por ambos como deficiente, 4. Según, la enseñanza y aprendizaje es evaluado por ambos como regular con tendencia a deficiente, 5. Según, el soporte, protección y ambiente es percibida por ambos como regular, 6. Según, la asistencia a las necesidades humanas, es observada por ambos como regular, 7. Según, las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales, es percibida por ambos como regular (9).

A Nivel Regional

Según Leyder Puma, Dora Pandia, realizaron una investigación titulada: “Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en los hospitales de apoyo, Ilave y San Juan de Dios – Ayaviri, Puno 2013”, con el objetivo de describir la percepción del cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería.”. Metodología de estudio cuantitativo, descriptivo comparativo, transversal, la muestra estuvo constituido por 205 pacientes hospitalizados, de los cuales 120 corresponden al Hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri y 85 al Hospital de Apoyo Ilave, para la obtención de los datos se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el CBA (Caring Behaviors Assesment Tool), en conclusión se obtuvo los siguientes resultados: en la dimensión ayuda y confianza, el 57.07% consideran deficiente, seguido del 33.66% nivel regular y solo el 7.8% nivel bueno; en la dimensión enseñanza y aprendizaje, el 49.76% alcanzan el nivel deficiente, seguido con 46.83% nivel regular y el 8.24% nivel bueno y en la dimensión: fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales en el cuidado humano, el 52.68% alcanzan el nivel deficiente, el 42.93% nivel regular y el 4.39% nivel bueno (10).

Según estudio realizado por Maldonado R., titulado: “Percepción del cuidado humano que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno, 2010”, con el objetivo de describir la percepción del cuidado humano que brinda el profesional de enfermería. Metodología de estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Con una muestra de 53 pacientes encuestados, llega a la siguiente conclusión: El cuidado humano que brinda el profesional de enfermería en los servicios de medicina y cirugía fueron percibidos en un rango de regular y deficiente, esto debido a que la enfermera solo se centra en la atención farmacológica y recuperación física del paciente y no toma en consideración las demás dimensiones que implica la conformación del paciente (infundir fe y esperanza, sensibilidad, aceptación de sentimientos del paciente, etc.) (11).

1.3. Formulación del problema.

¿Cuál es la Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería, hospital apoyo Yunguyo, Puno – 2016?

1.4. Importancia y utilidad del estudio.

El presente trabajo de investigación permitió reconocer la importancia de seguir explorando el significado del cuidado humanizado como eje de la profesión de enfermería, para seguir construyendo un quehacer profesional con pretensiones disciplinares en un proceso continuo de evolución y transformación. Es difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar en las instituciones públicas de salud en donde parecen visibilizarse los cuidados de enfermería por las labores biomédicas, pero las enfermeras deben mantener aún entonces las virtudes de comunicarse con el otro, ayudarlo y sostenerlo en esta difícil etapa de su vida.

Por esta razón, los resultados constituirán un aporte a las entidades correspondientes y profesionales de Enfermería.

A mejor la calidad de atención, menores días de estancia cama, en Instituciones hospitalarias que conllevan a costo beneficio tanto para el paciente como para

la institución.

Por tal el estudio es de gran importancia porque se realizó el estudio desde la perspectiva relación enfermero–paciente, dando a conocer la visión integral de cuidado de enfermería que involucra al cuidador, al cuidado y su entorno, permitiendo modificar su misión y valores que competen al cuidado brindado por el profesional de enfermería.

1.5. Objetivo de la investigación.

- ❖ Determinar la percepción de los pacientes Hospitalizados sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería, Hospital Apoyo Yunguyo - 2016.

Objetivos específicos

1. Identificar la percepción del paciente hospitalizados según: el humanismo/ esperanza/ sensibilidad.
2. Identificar la percepción del paciente hospitalizados según: ayuda y confianza.
3. Identificar la percepción del paciente hospitalizados según: expresión de sentimientos positivos/negativos.
4. Identificar la percepción del paciente hospitalizados según: la enseñanza/ aprendizaje.
5. Identificar la percepción del paciente hospitalizados según: el soporte/ protección y ambiente.
6. Identificar la percepción del paciente hospitalizados según: la asistencia en las necesidades humanas.
7. Identificar la percepción del paciente hospitalizados según: las fuerzas existenciales fenomenológicas y espirituales.

1.6. Caracterización del área de investigación.

El trabajo de investigación se realizó en las instalaciones del hospital Apoyo Yunguyo, se encuentra ubicado en la zona sur de Puno; limita por el Este con el lago Titicaca, por el Oeste con la ciudad de Desaguadero, por el Norte con la ciudad de chacachaca - Juli, por el Sur con la frontera de Bolivia; los servicios que ofrece a la población urbana y rural son de atención hospitalaria y ambulatoria, englobando en lo preventivo promocional, curativo y de rehabilitación.

II.- REVISION DE LITERATURA

2.1. Marco teórico.

- **Percepción:** Es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior para poder tener conciencia de lo que lo rodea (12).

Warren, define a la percepción como: “el arte de darse cuenta de los objetos externos, sus cualidades o relaciones, que sigue directamente a los procesos sensoriales a diferencia de la memoria o de otros procesos centrales”. Todos los seres humanos perciben el mundo exterior a través de los sentidos, pero dicha percepción depende también de experiencias anteriores, ya que constantemente los sentidos son bombardeados por multitud de estímulos que ofrecen un panorama interesante del mundo, pero no siempre son capaces de transmitirle a la persona una imagen exacta de la realidad, sin embargo las percepciones son importantes porque determinan la manera en que la información es utilizada para acordar acciones humanas (13).

Por otro lado, la percepción es un proceso de organización e interpretación de datos sensoriales que intervienen para desarrollar una conciencia del entorno y para crear una imagen significativa del mundo, además permite organizar, interpretar y codificar estos datos a fin de conocer el objeto; a diferencia de percibir que significa tomar conciencia de que ese objeto existe, que tiene consistencia, cualidades y otros. Así mismo, es de carácter inferencial y constructivo generando una representación interna de lo que sucede en el exterior, para ello usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente así como información que viene de la memoria tanto empírica como genética que ayuda a la interpretación y a la formación de la representación (14).

- **percepción del paciente:** La percepción del usuario de los servicios de enfermería, podría ser considerada como una actividad guiada por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene,

como consecuencia de esa actividad que refleja en gran medida el grado de satisfacción que el paciente puede tener de la atención recibida; la percepción por otro lado, depende de la calidad de los servicios otorgados. También se considera que la percepción del paciente es más que lo que se ve, se oye, se siente, se saborea, o se huele, es también el significado que damos a estas sensaciones, pues cada individuo organiza la información recibida que proviene de nuestros sentidos según sus emociones, necesidades y experiencias, por lo que la persona hospitalizada, hombre o mujer percibe el cuidado brindado por el profesional de enfermería, con relación a su comportamiento, su trato, su conducta social, mediante la interacción diaria, durante el tiempo de hospitalización.

- **Cuidado humanizado:** Es el conjunto de acciones fundamentadas con la relación pacientes – enfermera, además del dominio técnico – científico orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve.

Ernestine Wiedenbachse puede diferir en cuanto al concepto de enfermería y que pocos no estarán de acuerdo con que la enfermería es cuidar al otro de forma maternal (15).

Jean Watson, autora de la “Teoría del cuidado humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de Enfermería. (16) Por otro lado Paterson enfatiza la relación que se establece entre la Enfermera y la persona que recibe el cuidado humano, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va bien más allá de un encuentro técnico sujeto y objeto. Sobre esta perspectiva, la enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente (17).

Vera Waldow, refiere que el cuidado humano es una expresión esencial para

nuestro desarrollo y realización; el cuidar es la acción y actuar como cuidador/a incluye el efecto, consideración, lo cual implica promover el bienestar del otro, además es el fenómeno resultante del proceso de cuidar el cual representa la forma en que ocurre el encuentro o situación de cuidar entre el cuidador y el ser cuidado abarcando el crecimiento que sucede independientemente de la cura. El cuidado humanizado es intencional y sus objetivos abarcan: aliviar, reconfortar, ayudar, favorecer, promover, restablecer, restaurar, dar y hacer, entre otros constituyendo en forma general el cuidado como una forma de vivir, ser, expresarse, manteniendo un compromiso con el mundo para contribuir en el bienestar general la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de la espiritualidad (18).

Percepción del cuidado humano de enfermería: Es definida como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado. Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo. Sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidador – ser cuidado. La percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía. (19)

King Imogene considera que la interacción es un proceso de percepción y comunicación entre una persona y el entorno o entre una persona y otra que se manifiesta por conductas verbales dirigidas hacia un objetivo, como es la percepción del cuidado enfermero en las personas hospitalizadas que constituye una experiencia de aprendizaje donde dos personas interaccionan para enfrentarse a un problema de salud presente para colaborar en su evolución y para buscar formas de adaptarse a la situación. Del mismo modo, Gala E. Díaz manifiesta que un profesional de enfermería socialmente hábil es capaz de interactuar y comunicarse eficazmente entablando una interacción con las personas que viven experiencia de enfermedad y demás profesionales, convencido de la importancia de ellos, razón por la cual en esta investigación busca conocer la percepción del cuidado enfermero, mediante la manera de

actuar durante el proceso de cuidado del profesional de enfermería (20).

- **Enfermería:** La enfermería es una profesión antigua, con una gran trayectoria histórica e importancia social, que se ha ido adaptando a las necesidades de cada época y cultura. La enfermería ha sido un arte y una práctica basada en unos principios científicos y técnicos biomédicos que desde hace varias décadas tiene la necesidad de reducir su dependencia conceptual para desarrollar un marco teórico propio, como disciplina científica. Para otros autores, entre ellos la profesora Germán, la enfermería cumple los criterios de profesión, ya que consta de un cuerpo de conocimientos propio, un control de la profesión, colegios profesionales, un código ético y una especialización, que utiliza para prestar el servicio que debe a la sociedad.

La enfermería es fundamentalmente el desarrollo de una actividad humana, y esta profesión, en tanto que labor de cuidado, tiene que ver con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar y de atender a la persona enferma. Siguiendo a Torralba, podemos afirmar que “nadie conoce mejor que el profesional de Enfermería al ser humano enfermo, la persona doliente, porque precisamente su acción se desarrolla en el epicentro de este mundo”. Esto es así porque el profesional de enfermería, trata cotidianamente a personas humanas en una situación de extrema vulnerabilidad como es la enfermedad, acompañando al ser doliente y prestando los cuidados cuando existe en él una situación de necesidad o debilidad que imposibilita o dificulta su independencia, así como en aquellas circunstancias de dolor, sufrimiento o de abandono y, muy a menudo, de proximidad a la muerte.

- **Cuidado de enfermería:** El cuidado de enfermería se ha definido desde muchas vertientes de la teoría enfermera. Así mismo, podemos encontrar diferentes escuelas según Suzanne Kerouac que diferencian en seis grandes corrientes del hacer enfermero.

La escuela de las necesidades encabezada por Virginia Henderson, según la

cual el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

La escuela del Caring. Watson y Leininger proponen una correspondencia de cuidados que reúna el plano humanista y el científico. Según Benner y Wrubel, el cuidado que debe ofrecer la enfermería es establecer una relación de ayuda, comprometerse emocionalmente con el otro, ya que es la única manera de que la relación sea significativa, de que vea a ese ser humano que necesita de la ayuda profesional en su totalidad y que él vea a una enfermera cálida, empática, que no lo juzga, sino que le brinda la ayuda profesional que necesita.

2.2. Marco conceptual.

Es necesario clarificar los conceptos que atañen al proceso de humanización de los cuidados de enfermería si se quiere entender y realizar un proceso de clarificación y consenso.

- **Volver a aprender a ver:** La capacidad de descubrir multitud de pequeños signos que transmite la 50 persona, así como signos que provienen de su entono social. Todo ello nos dará gran cantidad de información que se traducen por signos de desamparo, soledad, alegría, tristeza, penuria económica y social, satisfacción, placer, deseo, etc... Como dice Edward may, saber ver y dejarse guiar por el sentido de la vista aprendiendo a leer al lenguaje no verbal el lenguaje silencioso.
- **Volver a aprender los lenguajes coloquiales:** Las personas cuidadas y familiares tienen los signos indicativos del sentido, de la orientación y del límite de las informaciones que comparten con los cuidados. Los usuarios de cuidados son la primera gente de discernimiento y la puesta en marcha, de los cuidados. Ellos son los que están en posición del hilo conductor (significado y dirección). Hace falta que el personal de enfermería sea capaz de captar, comprender y relacionar la información recibida para desarrollar una capacidad de reflexión sobre dicha información emitida por los usuarios de cuidados y serán capaz de utilizarla. Es evidente que el proceso salud-enfermedad o sea vida-muerte no se podrá comprender si se atribuye un solo factor, si se aleja de factores de

orden cultural, social y económico que actúan como redes de influencia. Los cuidados de enfermería están marcados por las concepciones, las creencias y los valores con que están vinculadas tanto los que quieren cuidados como las que lo procuran. Todo ello bajo la influencia de los conjuntos de valores predominantes transmitido por el sistema social.

▪ **Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson.**

Para Watson el objetivo del cuidado de enfermería consiste en “facilitar la consecución a una persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo auto curación y autocuidado al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana (21).

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas 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 – humano (22). Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias, espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo – todas las cuales están basada en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado. Watson insiste en que la enfermera, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y autentica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

▪ **Supuestos de Watson relacionados con los Valores del Cuidado Humanizado.**

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.

2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.
3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado de la práctica profesional afectara el desarrollo de la civilización y determinara la construcción de la enfermería a la sociedad.
4. En principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos a si mismo con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.
5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería – la esencia de la enfermería.
7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
9. Una cuestión trascendental para la enfermera actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.
10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos Intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de la humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.
11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación.

Estos supuestos sustentan aún más la necesidad de conocer como los procesos humanos intersubjetivos son aplicados en enfermería, Teniendo en cuenta que según Watson son estos procesos, el cuidado, la asistencia y el amor los que mantienen vivo un sentir común de humanidad y que permite la identificación de los pacientes y profesionales de enfermería con los otros (23).

- **Cuidar no es tratar:** Es importante constatar y asegurarse que, para los hombres, el tratamiento ha absorbido y acaparado los cuidados de tal modo que, en las instituciones sanitarias, cuidar cubre prioritariamente todo aquello que es el dominio del tratamiento, de la curación, haciendo de menor importancia todos los cuidados habituales fundamentales para mantener la vida y a si mantener la lucha contra la enfermedad.

Cuidar es movilizar todo lo que vive dentro de cada persona, todo lo que lleva vida, toda su vitalidad, es decir, todo su potencial de vida y también toda la vida que tiene en potencia que necesita desarrollarse.

- **Factores del cuidado humano (24).**

1. formación de un sistema de humanístico – altruista de valores

Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras–educadoras. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión de uno mismo (25).

El cuidado se basa en un conjunto de valores universales altruistas – humanistas.

Los valores humanistas son la bondad, la empatía, la preocupación y el amor por uno mismo y los demás. Se derivan de las experiencias de la infancia y se refuerzan por las creencias, las culturas y el arte. Los valores altruistas generados por los compromisos y la satisfacción de recibir a través de dar. Ellos dan sentido a la propia vida a través de las creencias y las relaciones con otras personas. Los sentimientos y actos altruistas – humanísticos, constituyen la base del cuidado humano y promueven la mejor atención profesional, y como tal, constituyen la primera y más básico factor de la ciencia y la ética del cuidado (26).

2. Inculcación de la fe-esperanza

Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la

población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera – paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud. En ese factor caritativo, se anima a que los pacientes mantengan sus creencias; respetándolas, honorándolas, como una gran influencia en la promoción y mantenimiento de la salud. Con independencia de que un régimen científico se encarga de la atención médica de una persona, la enfermera debe nutrir la fe y la esperanza y el sistema de creencias profundas del ser cuidado. Incluso cuando no hay nada que hacer medicamente, la enfermera alimenta la fe y la esperanza en los pacientes (27).

3. Cultivación de la sensibilidad hacia uno mismo y para los demás.

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través del auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

Ser humano es sentir. Con demasiada frecuencia las personas piensan sus pensamientos, pero no sienten sus sentimientos. La única manera de desarrollar la sensibilidad a uno mismo y para los demás es reconocer y sentir nuestros sentimientos (28).

El desarrollo del yo y el fomento de la sensibilidad, el gusto valor y sensibilidad en las relaciones humanas evolucionan a partir de los estados emocionales. El desarrollo de la sensibilidad se siente compasivo por las humanidades y las experiencias de la vida compasiva.

La sensibilidad es el reconocimiento de los sentimientos dolorosos, así como los felices, es cultivarla al mirar en uno mismo y la voluntad de explorar los sentimientos propios. Las personas que no son sensibles y reprimen sus propios sentimientos pueden no ser capaces de permitir que otros expresen y explorasen sus sentimientos. Sensibilidad no solo conduce al auto percepción y el crecimiento psicológico, sino la sensibilidad y aceptación de los demás.

Las enfermeras que son sensibles a los demás son mejores para aprender sobre la visión del mundo de otras personas, posteriormente, la preocupación aumenta para la comodidad de otros, la recuperación y bienestar. Las enfermeras que reconocen y utilizan su sensibilidad para promover el desarrollo personal y la autorrealización, son capaces de favorecer el desarrollo de los demás. Sin este factor el cuidado de enfermería caería.

4. Desarrollo de una relación de ayuda – confianza

El desarrollo de una relación de ayuda – confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos.

Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de la otra persona y para comunicarse aquellas comprensiones. La acogida no posesiva manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones.

La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.

La relación humana es el cuidado transpersonal, ya que connota un tipo especial de relación: una conexión con la otra persona, un gran respeto por toda persona y su ser en el mundo. En relación con el cuidado humano transpersonal, la enfermera entra en la experiencia de otra persona, y otro puede entrar en las experiencias de las enfermeras. Es un ideal de la intersubjetividad en el que ambas personas están involucradas. Es un arte en el que la enfermera que forma una unión con el otro, conectándose con la persona llena de espíritu, por detrás del paciente, que trasciende lo físico (29).

Esta conexión hace honor a la más profunda preocupación por la dignidad

humana y la preservación de la humanidad.

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.

El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para los sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

Porque los sentimientos después de pensamientos, comportamiento y experiencias, deben ser reconocidas y consideradas en el proceso de cuidado humano. También deben centrarse en los sentimientos y en los aspectos emocionales de un evento, esto es necesario para enfermeras involucradas en el proceso del cuidado. La relación amorosa puede pasar a un nivel más profundo, más honesto y auténtico si la enfermera permite este factor caritativo (30).

Además, en la escucha de los sentimientos y rendir homenaje a otra persona honramos su historia que tienen un significado e importancia para ellos y sus propiedades curativas. Al escuchar historias de otras personas, puede ser el acto más grande de curación que podemos ofrecer. Puede ser la enfermera quien es la única que escucha y hacen otras historias y la magnitud de los sentimientos que lo acompañan.

6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.

El uso del proceso de enfermería porta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

La enfermería profesional emplea el proceso de enfermería, que es un método creativo, la resolución de problemas para ayudar en la toma de decisiones en toda situación de enfermería. Un enfoque creativo reconoce que las enfermeras utilizan todas las formas de saber/ser/hacer en la participación del cuidado

clínico. Enfermería es la solución de problemas no lineal es un proceso, pero a menudo la enfermera entra en una habitación paciente y agarra la lectura de campo, en el instante. Este proceso implica el uso completo de sí mismo y todas las facultades, los conocimientos, instinto, la intuición, la estética, tecnología, conocimientos la investigación empírica, la ética, personal e incluso saberes espirituales. En un modelo de la ciencia el cuidado de la práctica, todo el conocimiento es valioso y accesible para la atención clínica.

El proceso invita a la imaginación creativa, así como la lógica científica y sistemática tecnología.

7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal.

Este factor es un concepto importante para la enfermería porque 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 – aprendizaje, diseñadas para permitir que los pacientes se realicen el cuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

Las enfermeras tienen una larga historia acerca del papel educativo de enseñanza, sin embargo ha habido más énfasis en la transmisión de información en lugar de una intencionalidad consiente para colaborar en los procesos auténticos y las relaciones de mutualidad y reciprocidad, en que la enfermera trata de trabajar desde el marco de los pacientes de referencia, captar el significado y la importancia de la información para la persona, así como la preparación y la oportunidad para que la persona reciba la información. Este factor hace explícito que el aprendizaje es algo más que recibir información y datos. Se trata de una relación cordial en un contexto de enseñanza – aprendizaje. Este factor caritativo evoluciona hacia un papel más importante como entrenador en el que la persona se convierte en su propio mejor profesor, a diferencia de una convencional función de impartir – la información (31).

8. Provisión del entorno de apoyo, de protección y corrección mental, física, sociocultural y espiritual.

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los internos y externos tienen sobre la salud y la enfermedad y los individuos. Los conceptos relevantes al entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, que incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios estéticamente agradables. El propósito de proporcionar un ambiente es brindar una atención de calidad y también sanidad/plenitud. Las áreas que involucran a este factor son: confort, seguridad, privacidad, limpieza y entorno estético. Las enfermeras a menudo tienen un gran control en el medio ambiente, pero sin una conciencia de su obligación de asumir la responsabilidad sistemática del medio ambiente para proteger, apoyar y/o corregir al paciente. Más recientemente, este factor ha asumido por completo un nuevo significado.

Además de reconocer el medio ambiente en un lugar funcional, físico que atender en forma convencional, ahora uno es invitado a considerar a la enfermera como influyente en los patrones, utilizando como guía para el medio ambiente se puede pensar en la enfermera como la distribución del medio ambiente para promover la curación, la armonía y el uso de modalidades cuidado – curación para ayudar a modelar un ambiente curativo más, por ejemplo, las imágenes, la visualización, la relajación, la música – sonido, el tacto intencional, arte, etc. Una vista más amplia de medio ambiente desarrollada por Watson sugiere y nos invita a considerar a la enfermera como el medio ambiente. En este marco se desarrolló, se nos invita a considerar al profesional y su cuidado evolucionando la conciencia, la presencia, la intencionalidad y así sucesivamente, como el ingrediente crítico en el medio ambiente (32).

9. Asistencia con la gratificación de las necesidades humanas.

La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer

necesidades de menor rango antes de intentar las necesidades de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de menor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La autoactualización es una necesidad superior intrapersonal – interpersonal.

La asistencia a las necesidades básicas de otros da acceso a las enfermeras al cuerpo físico de una manera muy íntima. Como tal, es un privilegio y un gran regalo para la sociedad el cuidar de los demás cuando necesitan de atención. En un modelo de cuidado de la ciencia se reconoce que la enfermera, sin embargo, no es solo tocar un cuerpo físico o satisfacer las necesidades e interdependientes, así mismo todas las necesidades son igualmente importantes y deben ser valorados y responder a las de cuidado – curación (33).

10. Permisi3n de fuerzas existenciales – fenomenol3gicas.

La fenomenología describe los datos de la situaci3n inmediata que ayudan a comprender los fen3menos en cuesti3n. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenol3gicos. Watson opino que este elemento es difícil de entender. Se incluye para promocionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensi3n de nosotros mismos y de los demás. Este último factor caritativo abre el fen3meno de las inc3gnitas, que no se pueden explicar científicamente, que no puede atreves de la mente occidental de la medicina moderna. Sin embargo, estas inc3gnitas son reales para los afectados. Este factor permite llenado espiritual de significados y las inc3gnitas que surgen para abrir a infinitas posibilidades para los milagros. Este actor caritativo honorifico llena el espíritu de significados, creencias, culturales, los mitos y metáforas y el mundo interno de la vida subjetiva de la enfermera y los pacientes y las familias, lo que permite curas y curas milagrosas y sanaciones (34).

Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de

los 10 factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de salud mediante las acciones preventivas de salud. Estas metas se alcanzan enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida.

- **El proceso del cuidar**

Según Vera Regina Waldow, el proceso del cuidar es la forma como se da el cuidado. Es un proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado; en que la primera tiene un papel activo, pues desenvuelve acciones y comportamiento de cuidar. El segundo ser cuidado, tiene un rol, más pasivo y, en función de su situación, puede contribuir con el cuidado, al desempeñar un rol menos pasivo y ser responsable del propio cuidado en situaciones de educación para la salud. El proceso de cuidar es definido aquí como el desarrollo de acciones, actitudes y comportamientos basados en conocimiento científico, experiencia, intuición y pensamiento crítico, realizados para y con el paciente / cliente / ser cuidado, en el sentido de promover, mantener y / o recuperar su dignidad y totalidad humana. Esa dignidad y totalidad engloba sentido de integridad y la plenitud física, social, emocional, espiritual e intelectual en las fases del vivir y del morir. Constituye, en último análisis un proceso de transformación de ambos, cuidadora y ser cuidado.

Las acciones de la cuidadora deberán converger para que el cuidado produzca crecimiento, transformación, no importando las circunstancias, pues la finalidad del cuidado es ayudar a crecer sea para la vida, sea para la muerte, sea para la incapacidad.

El cuidado no tiene tiempo ni espacio, se inicia antes de la interacción del cuidado propiamente dicho, entre cuidadora y ser cuidado, y se prolonga después de su término, produciendo efectos y propiciando cambios que podrían contribuir para los próximos momentos reales, es decir, en que la interacción

se concretice con la presencia de ambos. El momento de cuidar, está representado por un movimiento ondular traducido por tiempo y espacio indefinidos; el movimiento es evolutivo, energético, transformativo y por eso, estético.

Fase Pre-reflexión

Para que ocurra el cuidado, la cuidadora percibe la situación y el paciente como un todo. Ya en ese momento el pensamiento crítico a través de la reflexión inicia su proceso, tomando conocimiento de la situación y del paciente, enseguida la cuidadora identifica la necesidad de cuidado y verifica los medios disponibles para que el mismo se realice, esa acción incluye el desarrollo de la interacción interpersonal, ofrecimiento de un ambiente adecuado, ofrecimiento de presencia real, significando estar centrada en él y su situación, estar con presencia de cuerpo y alma, empatía demostración de seguridad y eficacia en el desempeño de las intervenciones o procedimientos necesarios.

Las primeras fases del momento de cuidado, tales como sobre todo **la percepción y la identificación**, necesariamente no ocurren de formas secuenciales y pueden ser simultáneas.

Fase Reflexiva

La acción es también reflexiva. Mientras la cuidadora desempeña la acción, hace preguntas, hipótesis, y ya estará también, evaluando.

Durante y después de la acción la cuidadora chequea la reacción del paciente y, en ese proceso, la reflexión es más bien objetiva.

Fase Post-Reflexiva

La cuidadora reflexiona sobre lo que se hizo hasta entonces, cómo se hizo, quién ejecutó la acción, las reacciones y condiciones del medio ambiente, material, así como reflexiona sobre sus valores y sentimientos en relación a la situación.

Visión humanista del cuidado de enfermería

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo Watson, lo cual refiere que el cuidado es para Enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente.

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos. Mientras que los aspectos biomédicos y curativos se basan en una perspectiva analítica, empírica y experimental, reduciendo lo humano a lo biológico, por consecuencia el ser humano es una enfermedad u objeto de estudio.

Caring behaviors assessment (instrumento de evaluación de las conductas de cuidar)

El Caring Behaviors Assessment (Instrumento de evaluación de las conductas de cuidar) es una de las primeras herramientas desarrolladas para evaluar el cuidado. Fue el primero, descrito en la literatura de enfermería para tener una base explícita teórico-conceptual del que se derivaron ítems específicos. Este es basado en la teoría de Watson (1985, 1988) y los 10 factores de cuidado identificados en su trabajo original. La herramienta fue desarrollada por Cronin Harrison (1988) han identificado las conductas de enfermería percibidas por el paciente para indicar su cuidado (35). Desde su desarrollo y publicación original, el CBA ha sido utilizado en una serie de estudios publicados y no publicados y ha sido traducido a varios idiomas, incluyendo el español, filipino, italiano y japonés.

La CBA se compone de 63 conductas del cuidado de enfermería que se agrupan en siete subescalas las cuales son congruentes con los factores de cuidado de Watson. Los 3 primeros de los 10 factores de cuidado se agrupan en una subescala, que esta conceptualmente congruente con la teoría de Watson. El sexto factor caritativo, “Usar procesos creativos para la resolución de problemas en el proceso del cuidado” fue asumido por los autores a ser inherente a todos los aspectos del cuidado de enfermería, y así imperceptible para los pacientes. Por lo tanto, ese factor se omite como una subescala. La herramienta utiliza de sexto grado de nivel de idiomas. Se mide a los artículos en una escala de Likert de cinco puntos para reflejar el grado en las cuales cada conducta de enfermería refleja el cuidado.

La herramienta fue utilizada por primera vez con una muestra de 22 pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio. La validez fue realizada por cuatro expertos conocedores de la teoría de Watson, Cronin y Harrison (1988) tuvo en cuenta la legibilidad y la confiabilidad, así como validez de apariencia y contenido. Ellos reportaron las siguientes confiabilidades de consistencia interna, probado con el alfa de Cronbach, en cada una de las subescalas.

Humanismo / la fe-esperanza-la sensibilidad 0.84

Ayuda/confianza 0.76.

Aceptación de la expresión de positivo/negativo 0.67.

Enseñanza / aprendizaje 0.90.

Soporte y protección/ ambiente 0.79.

Asistencia de necesidades humanas 0.89.

Fuerzas existenciales/espirituales y fenomenológica 0.66.

Valores similares de confiabilidad fueron reportados por Huggins, Gandy y Kohut (1993) con una muestra de 288 pacientes ambulatorios visitada en una sala de emergencia. Un estudio posterior por Schultz, Bridgham, Smith y Higgins (1998) reportaron una prueba adicional de confiabilidad con un rango de 0.71 a 0.88 para la subescalas y alfa de 0.93 para la escala total. Uno de los más recientes reportes del uso del instrumento es por Baldursdottir y Jonsdottir (2002), quien utilizo con un grupo de adultos que habían recibido atención en

el departamento de urgencias de un hospital universitario. Ellos reportaron que la confiabilidad del alfa de Cronbach para cada una de las siete subescalas, que oscilaron desde 0.69 hasta 0.89.

Sin embargo, Cronin y Harrison (1988) reconocen las limitaciones de la CBA, en particular la duración del instrumento y la variabilidad en los ítems mencionados, como, así como el pequeño tamaño de muestra de esta prueba inicial, y sugerir los próximos uso y evaluación de la herramienta.

Escala de actitud tipo likert

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta.

Existen dos formas básicas para aplicar una escala de Likert. La primera es de manera autoadministrativa; se le entrega la escala respondiente y esta marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta. Es decir, marcan su respuesta. La segunda forma es la *entrevista*; un entrevistador lee las afirmaciones y las alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este contesta (36).

2.3. Hipótesis de la investigación.

Los pacientes hospitalizados, perciben que el profesional de enfermería brinda un cuidado humanizado regular en el Hospital de apoyo Yunguyo – 2016.

III.- MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo y diseño de investigación. (37)

3.1.1. **Tipo:** Transversal – descriptivo.

3.1.2. **Diseño:** No experimental – transversal descriptivo.

3.2. Población y muestra.

- **La población** de estudio estuvo constituida por 104 pacientes hospitalizados en los servicios de medicina mujeres y varones del Hospital Apoyo Yunguyo.
- **Muestra:** estuvo constituida por 50 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión; el tipo de muestreo que se considero es el probabilístico.

$$n = \frac{nz_a^2(p)(q)}{d^2(n-1)+z_a^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

$z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

$p =$ Proporción esperada = 0.5

$q =$ Es la varianza de la muestra. = 0.5

$d =$ Error = 0.1

$n - 1 =$ (población total)

Se tiene:

$n =$ total de población o población universo. = 104

$z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

$p = 0.5$

$q = 0.5$

$d = 0.1$

$n - 1 = 150$

$$n = \frac{104 (1.96)^2 \cdot (0.5)(0.5)}{(0.1)^2(104 - 1) + (1.96)^2 \cdot (0.5)(0.5)}$$

$n = 99.8816 / 1.9904$

$n = 50.181672$

$n = 50$

Criterios de inclusión:

- Pacientes varones y mujeres mayores de 18 años que den su consentimiento para responder el cuestionario.
- Tiempo de hospitalización mayor o igual a las 48 horas.
- Pacientes con capacidad mental de contestar el cuestionario.
- Paciente que den el consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

- Tiempo de hospitalización menor a las 48 horas.
- Pacientes que no se encuentren con la capacidad mental para responder el instrumento.

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

3.3.1. Técnica de recolección de datos: Se utilizó la encuesta.

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos

- Se utilizó es la escala Caring Behaviors Assessment (38) elaborado por Cronin y Harrison. Este instrumento contiene indicadores empíricos que reflejan los factores del cuidado humano planteados por Watson; el cual fue validado por Maldonado Tania, el cual consta de 63 ítems.
 - Humanismo/fe-esperanza/sensibilidad (ítems 1-16); para un rango real de 1 a 80 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha = 0.89.
 - Ayuda/confianza (ítems 17-27); para un rango real de 1 a 55 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha = 0.84.
 - Expresión de Sentimientos positivos/negativos (ítems 28-31); para un rango real de 1 a 20 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha = 0.79.
 - Enseñanza/aprendizaje (ítems 32-39); para un rango real de 1 a 40 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha = 0.90.
 - Soporte/protección/ambiente (ítems 40-51); para un rango real de 1 a 60 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha = 0.76.
 - Asistencia en las necesidades humanas (ítems 52-60); para un rango real de 1 a 45 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha = 0.67.
 - Fuerzas existenciales/fenomenológicos/espiritual (ítems 61-63); para un rango real de 1 a 15 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha = 0.66. (39)

Calificación del instrumento:

La calificación del instrumento se realizó de la siguiente manera:

- Sumando los puntajes obtenidos sobre la percepción del paciente hospitalizado del cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería, las puntuaciones del número 1 al 16 correspondiente a la subescala humanismo/fe-esperanza/sensibilidad, luego las preguntas del 17 al 27, que corresponden a la subescala ayuda/confianza; las preguntas 28 hasta la 31 que corresponden a la subescala expresión de sentimientos positivos/negativos; los ítems 32 al 39 corresponden a la subescala enseñanza/ aprendizaje; los ítems 40 al 51 corresponden a la subescala soporte/protección/ambiente; los ítems 52 al 60 corresponden a la subescala asistencia en las necesidades humanas y del 61 al 63 que corresponden a la subescala de Fuerzas existencial/fenomenológica / espiritual.

Puntajes de las categorías de respuesta. (40)

Siempre: El valor numérico que adquirió por ítems es 5 puntos, y el valor total será de 315 puntos.

Casi siempre: El valor numérico que adquirirá por ítems es de 4 y el valor total será de 252 puntos.

A veces: El valor numérico por ítems es de 3 puntos y el valor total de 189 puntos.

Casi nunca: El valor numérico por ítems es de puntos y el valor neto de 126 puntos.

Nunca: El valor numérico por ítems es de 1 punto y el valor total de 63 puntos.

Calificación por sub-escalas. (41)

Humanismo/fe esperanza/sensibilidad: Si el puntaje se encuentra en los rangos de 66-80 puntos significa que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en el cuidado humano brindado es bueno, si el puntaje se encuentra entre 36-65 puntos encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es de 16-35 puntos encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub-escala del cuidado humano.

Ayuda/confianza: Si el puntaje se encuentra en los rangos de 41-55 puntos significa que el paciente percibe estos criterio de esta sub-escala en el cuidado humano brindado es bueno, si el puntaje se encuentra entre 26-40 puntos

encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es de 11-25 puntos encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub-escala del cuidado humano.

Expresión de sentimientos positivos/negativos: Si el puntaje se encuentra en los rangos 16-20 puntos significara que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en el cuidado humano brindado es bueno, si el puntaje se encuentra entre 11-15 puntos encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es de 4-10 puntos, encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub escala del cuidado humano.

Enseñanza/aprendizaje: Si el puntaje se encuentra con los rangos de 31-40 puntos significará que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en cuidado humano brindado es bueno, si el puntaje se encuentra entre 19-30 puntos encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es d 8-18 puntos encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub escala del cuidado humano.

Soporte/protección/ambiente: Si el puntaje se encuentra en los rangos de 46-60 puntos significara que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en el cuidado humano brindado es bueno, si el puntaje se encuentra entre 26-45 puntos, encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es d 12-25 puntos encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub escala del cuidado humano.

Asistencia en las necesidades humanas: Si el puntaje se encuentra en los rangos de 36-45 puntos significara que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en el cuidado humano brindado es bueno, si el puntaje se encuentra entre 21-35 puntos, encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es de 9-20 puntos encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub escala del cuidado humano.

Fuerza existencia/fenomenología/espiritual: Si el puntaje se encuentra en los rangos de 11-15 puntos significara que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en el cuidado humano brindado es bueno, si el puntaje se encuentra entre

6-10 puntos, encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es de 3-5 puntos encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub escala del cuidado humano.

Los rangos globales de percepción se clasifican en:

Si el valor total del instrumento se encuentra en los rangos de 241-315 puntos se clasificara como: el paciente percibe cuidado humano bueno por parte del profesional de enfermería.

Si el valor total del instrumento se encuentra en los rangos 141-240 puntos se clasificara como: el paciente percibe un cuidado humano regular por parte del profesional de enfermería.

Si el valor total del instrumento se encuentra en los rangos 63-140 puntos se clasificara como: el paciente percibe un cuidado humano deficiente por parte del profesional de enfermería.

3.4. Procedimientos de recolección de datos.

- ❖ Se solicitó autorización para la ejecución del estudio al director de hospital y a la jefa de enfermeras del Hospital Apoyo Yunguyo.
- ❖ Se aplicó la encuesta al paciente previa orientación y consentimiento informado, en un tiempo de 20 a 30 minutos por cada uno.

Recursos necesarios.

- ❖ **Recursos Humanos:** pacientes hospitalizados en el Hospital Apoyo Yunguyo, e investigadora.
- ❖ **Recursos materiales:** material Bibliográfico (libros, Internet, Instrumento para la encuesta), material de escritorio (papel boom, impresión, lapicero azul).

3.5. Procesamiento y análisis de datos.

Por lo tanto, al término de la ejecución se procedió de la siguiente manera:

- ❖ Se codifico las encuestas.
- ❖ Se calificó, tabulo y organizo los datos.
- ❖ Se elaboraron cuadros de acuerdo a los objetivos.
- ❖ Finalmente se analizaron e interpretaron los datos.

IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados.

Objetivo general:

TABLA 01

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL APOYO YUNGUYO - 2016.

Percepción Dimensión	Deficiente		Regular		Bueno		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CUIDADO HUMANIZADO	5	10,0%	42	84,0%	3	6,0%	50	100%

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por la investigadora – 2016.



En la tabla se observa que la “percepción de los pacientes hospitalizados sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería”, un 10,0% considera que el cuidado es “deficiente”, un 84,0% lo considera “regular” y un 6,0% percibe el cuidado es “bueno”.

O E1:

TABLA 02

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. SEGÚN HUMANISMO/ FE ESPERANZA/ SENSIBILIDAD.

Percepción Dimensión	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
HUMANISMO/ FE ESPERANZA/ SENSIBILIDAD	2	4,0	7	14,0	34	68,0	7	14,0	0	0	50	100

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por la investigadora – 2016.

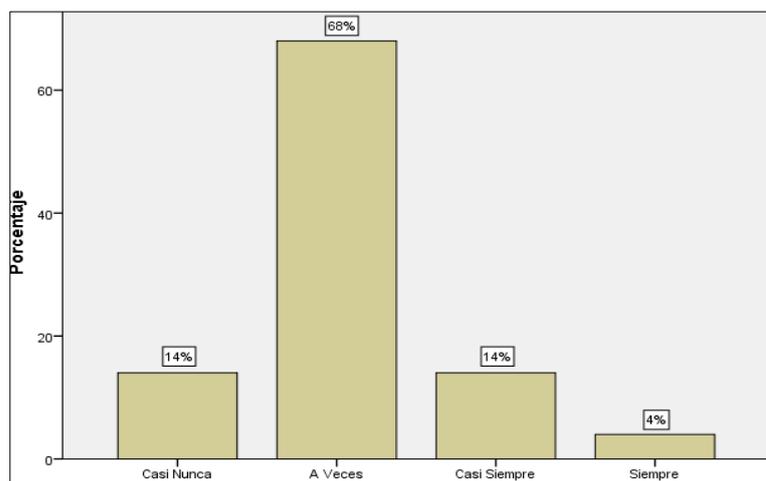


GRAFICO 02: Humanismo/ fe esperanza/ sensibilidad

En la tabla se observa la “percepción de los pacientes hospitalizados respecto al cuidado con humanismo/ fe esperanza/ sensibilidad brindado por el profesional de enfermería”, que el 14,0% “casi nunca” percibe los valores humanistas, el 68,0% de los pacientes consideran que solo “a veces” reciben una interrelación eficaz, 14,0% “casi siempre” y solo 4,0% considera que “siempre” reciben un trato humanizado.

O E2:

TABLA 03

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. SEGÚN AYUDA Y CONFIANZA.

Percepción Dimensión	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
AYUDA Y CONFIANZA	2	4,0	2	4,0	23	46,0	21	42,0	2	4,0	50	100

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por la investigadora – 2016.

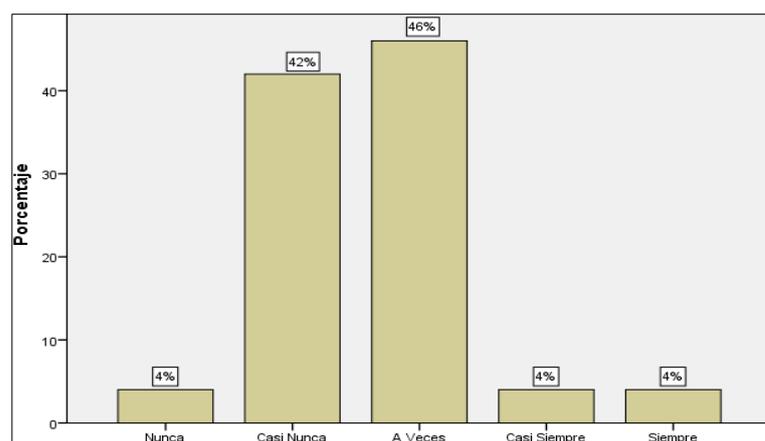


GRAFICO 03: Ayuda y confianza

En la tabla se aprecia la “percepción de los pacientes hospitalizados respecto al cuidado ayuda y confianza brindado por el profesional de enfermería”, el 4,0% “nunca” recibieron confianza durante el cuidado, el 42,0% “casi nunca” percibieron una comunicación eficaz durante el cuidado, el 46,0% de los pacientes consideran que “a veces” reciben un cuidado de ayuda y confianza, el 4,0% “casi siempre” y 4,0% “siempre” consideran que durante el cuidado reciben confianza y apoyo.

O E3:

TABLA 04

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. SEGÚN EXPRESION DE SENTIMIENTOS POSITIVOS/ NEGATIVOS.

Percepción Dimensión	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS/ NEGATIVOS	1	2,0	6	12,0	29	58,0	13	26,0	1	2,0	50	100

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por la investigadora – 2016.

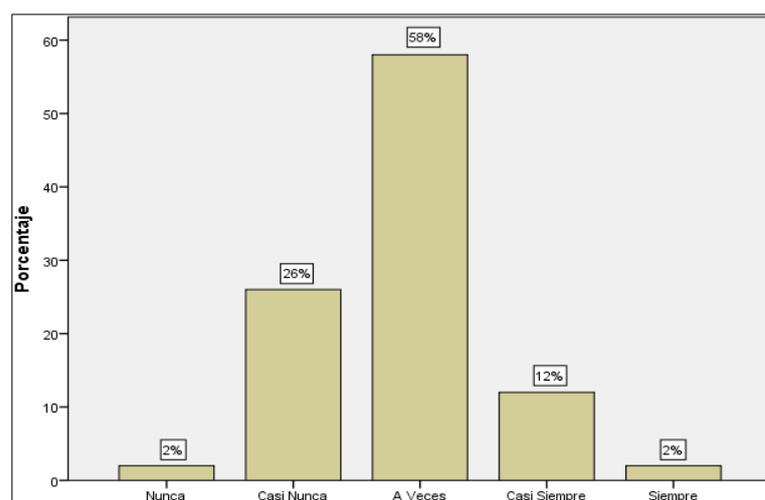


GRAFICO 04: Expresión de sentimientos positivos/ negativos

En la tabla se observan los resultados de la “percepción del paciente hospitalizado respecto a la expresión de sentimientos positivos/ negativos”, el 4,0% “nunca” percibe que el profesional de enfermería toma en cuenta la expresión de sus sentimientos de los pacientes durante el proceso de cuidado, 26,0% “casi nunca”, el 58,0% solo “a veces”, el 12,0% “casi siempre” y 2,0% “siempre” percibió que son reconocidas y tomadas en cuenta sus sentimientos.

O E4:

TABLA 05

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. SEGÚN ENSEÑANZA/ APRENDIZAJE.

Percepción Dimensión	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	ENSEÑANZA/ APRENDIZAJE	1	2,0	2	4,0	20	40,0	24	48,0	3	6,0	50

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por la investigadora – 2016.

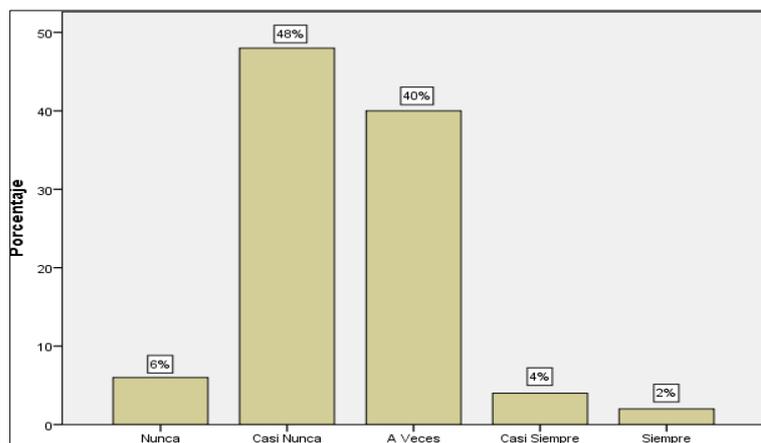


GRAFICO 05: Enseñanza/ aprendizaje

En la tabla se observan los resultados de la “percepción del paciente hospitalizado respecto enseñanza/ aprendizaje”, el 6,0% consideran que “nunca” la enfermera facilito este proceso que permite a los pacientes asumir su cuidado, el 48,0% “casi nunca”, que el 40,0% solo “a veces”, 4,0% Casi Siempre y 2,0% “siempre”.

O E5:

TABLA 06

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. SEGÚN SOPORTE/ PROTECCIÓN Y AMBIENTE.

Percepción Dimensión	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SOPORTE/ PROTECCIÓN Y AMBIENTE	0	0,0	5	10,0	35	70,0	9	18,0	1	2,0	50	100

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por la investigadora – 2016.

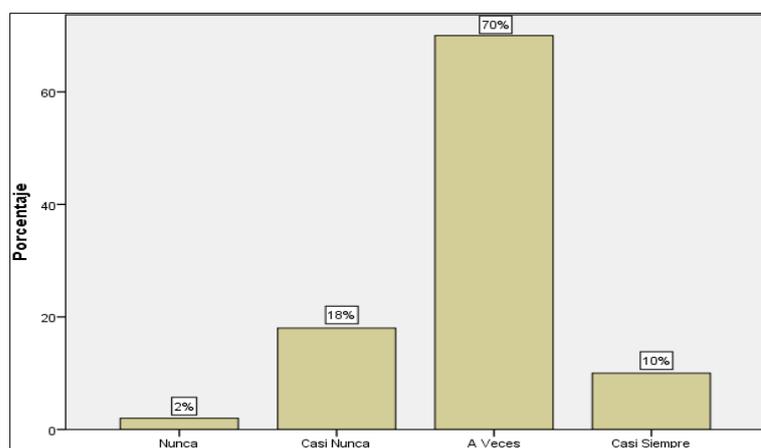


GRAFICO 06: Soporte/ protección y ambiente

Se observa en la tabla la percepción del paciente hospitalizado respecto al cuidado soporte/ protección y ambiente brindado por el profesional de enfermería, el 2,0% percibe que “nunca” proporcionan un ambiente con sanidad y confort, el 18,0% “casi nunca”, el 70,0% “a veces” y 10,0% Casi Siempre.

O E6:

TABLA 07

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. SEGÚN ASISTENCIA EN LAS NECESIDADES HUMANAS.

Percepción Dimensión	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	ASISTENCIA EN LAS NECESIDADES HUMANAS	1	2,0	13	26,0	26	52,0	9	18,0	1	2,0	50

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por la investigadora – 2016.

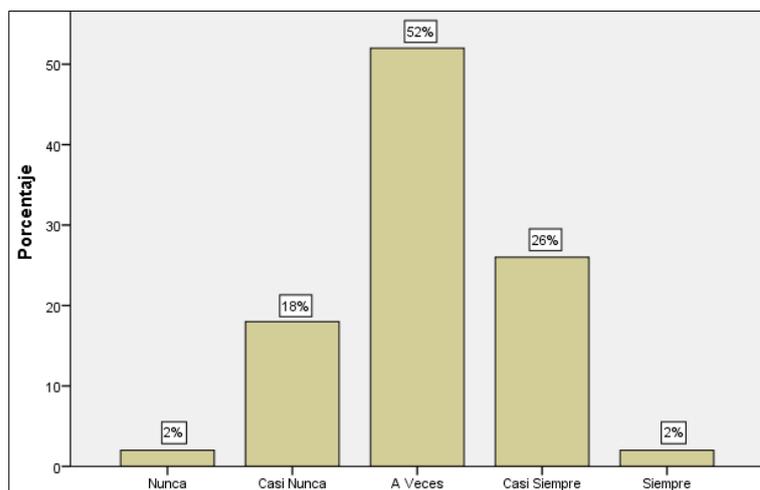


GRAFICO 07: Asistencia en las necesidades humanas

En la tabla se visualiza la percepción del paciente hospitalizado respecto a la asistencia en las necesidades humanas brindada por el profesional de enfermería, el 2,0% percibe que “nunca” son satisfechas las necesidades de menor rango, el 18,0% “casi nunca”, que el 52,0% de los pacientes consideran que “a veces” perciben, 26,0% “casi siempre” y solo 2,0% Siempre.

O E 7:

TABLA 08

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. SEGÚN FUERZA EXISTENCIALES FENOMENOLÓGICAS Y ESPIRITUALES.

Percepción Dimensión	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	FUERZAS EXISTENCIALES FENOMENOLÓGICAS Y ESPIRITUALES	2	4,0	5	10,0	23	46,0	18	36,0	2	4,0	50

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por la investigadora – 2016.

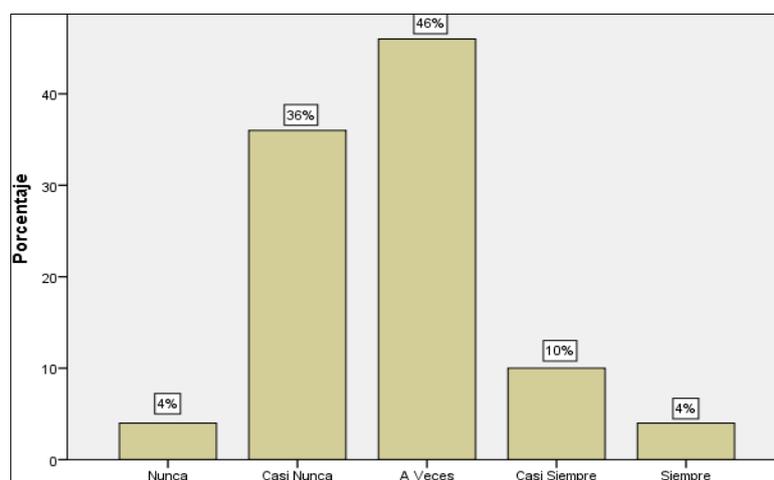


GRAFICO 08: Fuerzas existenciales fenomenológicas y espirituales

En la tabla se observa la “percepción del paciente hospitalizado respecto al cuidado fuerzas existenciales fenomenológicas y espirituales”, que el 4,0% “nunca” percibió un cuidado que de resultado de cura o curas milagrosas, 36,0% “casi nunca”, el 46,0% consideran que “a veces” perciben, el 10,0% “casi siempre” y 4,0% “siempre” percibió este cuidado.

4.2. Discusión.

El cuidado humanizado, es aquel que se practica en nombre del respeto y afecto que se puede sentir por otro ser igual a nosotros, es aquel cuidado que nos invita a participar y poner de manifiesto nuestras emociones, comprometiéndonos con brindar en cada acción nuestro conocimiento y afecto para asistir a nuestro paciente.

Para saber cómo se realiza el cuidado humanizado se trata de explicar en base a lo observado, oído, y percibido; en otras palabras, será un recordar y traer a la mente esos momentos que significaron una oportunidad de aprendizaje, de demostración de interés, de afecto y respeto en los pacientes.

Virginia Henderson, contemplaba los cuidados de enfermería como “La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte”.

Los resultados obtenidos evidencian que el cuidado con el que se brinda a los pacientes en sus estancias hospitalarias, son regulares. Resultados similares encontrado por Figueroa en su estudio realizado en Arequipa.

Existe información que sostiene las actitudes que toman las enfermeras pueden ser justificadas como un mecanismo de defensa, el acercamiento genera emociones y sentimientos de difícil manejo. La enfermera puede verse involucrada en un conflicto moral, cuando se compromete con la voluntad del enfermo. Comprender la situación del paciente que atraviesa por una situación de dolor tanto emocional como físico, puede despertar en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia. El hecho de involucrarse con el paciente enfermo, puede aumentar sus temores personales sobre la muerte.

Socialmente la enfermera es vista como un personal duro, estricto, callado, en una palabra, casi indiferente, la pregunta es constantemente ¿cuán involucrados están con el paciente?, el estereotipo que ha creado enfermería al responderle al familiar “los informes los da el medico” no sólo podría ser un medio para liberarse de responsabilidades, sino que les permite justificar que la sociedad las identifique como un personal desinteresado, que solo se encarga de los procedimientos manuales.

Las teoristas sostienen que los valores humanísticos/fe-esperanza/ sensibilidad, se aprenden en la vida, pero pueden recibir una gran influencia de las enfermeras

educadoras. Se derivan de las experiencias de la infancia y se refuerzan por las creencias, las culturas y el arte. Ellos dan sentido a la propia vida a través de las creencias y las relaciones con otras personas, la satisfacción de recibir a través de dar. Watson (2007), refiere que "el cuidado se basa en un conjunto de valores humanistas bondad, empatía, comprensión, amor y con el transcurrir del tiempo, son cada vez pocas las enfermeras que conservan estos valores humanistas.

Maldonado (Perú, 2010) en el estudio sobre "Percepción del cuidado humano que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del H.R.M.N.B-PUNO", concluyo como regular a deficiente el cuidado humano.

En el presente estudio más de la mitad de los pacientes perciben que solo "a veces", las enfermeras desarrollan interrelaciones eficaces enfermera – paciente que promuevan el bienestar, que son amorosas, alegres, y simpatizan con los pacientes.

La ayuda y confianza propicia una relación entre la enfermera y el paciente; una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos; implica coherencia, empatía, y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y autentico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de la otra persona y para comunicarse aquellas comprensiones; una postura relajada, abierta las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones.

Leininger (2007) indica: "Las actitudes y la práctica de los cuidados es lo único que distingue a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas".

En nuestro estudio los resultados fueron "a veces" a "casi nunca", es decir que solo les brindan confianza, seguridad y empatía y esas ganas de ayudarlos algunas enfermeras y solo en ocasiones ya que la mayoría de veces no es percibido por los pacientes; la cual denota que existen aspectos que alejan a la enfermera del paciente es probablemente el tecno logicismo, es decir, la relevancia entregada por los profesionales de enfermería a las técnicas, a los procedimientos y a las supervisiones u otros aspectos generan este distanciamiento; pero que no reemplazan la entrega y

cariño hacia los pacientes, estos dos aspectos deben ser complementarios y no contrarios.

Levinas (2005) nos dice: "El encuentro infinito entre el mismo y el otro; un encuentro que nace de la esencia incompleta de los seres humanos, encuentro que nutre, en el que él mismo busca al otro y en donde los dos tratan de completarse aun siendo seres incompletos".

Watson (2007) también nos explica que la relación pasa a un nivel más profundo, más honesto y auténtico si la enfermera permite que haya la expresión de sentimientos positivos y negativos. Además, al escuchar historias de otras personas, puede ser el acto más grande de curación que podemos ofrecer.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede decir, que indican que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación efectiva, el afecto, y la atención que se les entrega dentro de los hospitales, el realizar un procedimiento con amor y calidad, es otra manera de cuidar con respeto, pero según los mismos pacientes el hacerlo bien no es tan importante, para ellos como hacerlo con entrega y empatía es lo importante. Realizando un real encuentro con el "paciente - enfermera". En donde saberlos escuchar es lo más importante por tal debe ser mejorado esta dimensión.

La promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente, diseñadas para permitir que los pacientes sepan cómo realizar el cuidado así mismo, esto implica determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

Watson (2007) nos dice que “las enfermeras tienen una larga historia acerca del papel educativo de enseñanza”.

Sin embargo, un estudio de Figueroa (Arequipa-Perú, 2011) sobre “Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III Goyeneche - Arequipa”, concluyo que la percepción de los pacientes

fue regular y deficiente sobre cuidado humanizado brindado por las enfermeras.

Así podemos decir que El cuidado humanizado es más que un buen trato o satisfacción, es que "el otro" necesita ser cuidado y al realizarlo el equipo de enfermería y el paciente obtienen frutos, no sólo recibe el paciente y su familia, sino que también el profesional y el equipo que entrega los cuidados.

El propósito de proporcionar un ambiente es brindar una atención de calidad y también sanidad/plenitud. Las áreas que involucran a este factor son: confort, seguridad, privacidad, limpieza y entorno estético.

Marriner (1989) Señala que las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen sobre la salud y la enfermedad y los individuos.

Nightingale (1969) en su teoría del entorno, explica un marco conceptual enfocado en el desarrollo de los valores individuales, sociales y profesionales del individuo a través de la observación, educación y experiencia directa. Ella indica que unas buenas condiciones ambientales pueden aliviar las enfermedades físicas y mentales en el individuo.

Así se puede decir que el entorno es el conjunto de condiciones e influencias del ambiente que afecta a la persona como parte integral e indivisible, el cual el cuidado humano es la esencia de la enfermería; se sustenta mediante sus intervenciones, y está influenciado por el conocimiento, debe tenerse en cuenta la influencia de la cultura, la religión, la ética y la filosofía.

Marriner (1989) explica que “La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del paciente”.

Ardouin (2005) refiere: La satisfacción de las necesidades emocionales y físicas del paciente tienen un papel relevante en lo que respecta a los sentimientos referidos a la calidad de atención que recibe, mediante acciones las enfermeras pueden ejecutar estrategias de cuidado para alcanzar los resultados deseados.

Estudio realizados por Leyder Puma, Dora Pandia, titulada: “percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en

los hospitales de apoyo, Ilave y San Juan de Dios – Ayaviri, Puno 2013”, dieron a conocer los siguientes resultados: en la dimensión ayuda y confianza en el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería, alcanzan el nivel deficiente; en la dimensión enseñanza y aprendizaje en el cuidado humanizado alcanzan el nivel deficiente; en la dimensión: fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales en el cuidado humano, alcanzan el nivel deficiente.

Según los resultados es importante que el profesional de enfermería tenga un buen plan para atender las necesidades de los pacientes, manteniendo un bienestar óptimo y contribuir con la elevación de calidad de vida de los pacientes. El trabajar con un paciente que no se comunica verbalmente, no quiere decir que pierda su humanidad, es un ser en desventaja, desvalido, pero no pierde su condición de persona, es por eso que enfermería debe trabajar en equipo y junto con la tecnología, siempre tratando de satisfacer las necesidades del paciente.

Según Watson, el objetivo de la enfermería es facilitar que las personas adquieran un grado superior entre la mente, el cuerpo y el alma, que da lugar a los procesos de autoconocimientos, autocuración y auto asistencia mediante un proceso de asistencia interpersonal.

Furegato (2007) señala que "los pacientes requieren a la enfermera siempre presente para atender su llamado, escuchar su angustia".

Del resultado obtenido se considera que el cuidado humano en cada uno de nosotros, el ser humano es vital en el momento actual. En todos los sectores y en particular entre los profesionales de la salud, el cuidado como una condición humana debería constituir un imperativo moral. Como el "profesional cuidador" debe poseer algunas características especiales como: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana, lo que hace la diferencia entre dar atención de enfermería y el cuidado humanizado.

La participación de la enfermera en el equipo de salud no es autónoma, debe ser coordinada estrechamente con todos los miembros que conforman el equipo, y por ser la enfermera la que tiene mayor presencia con los pacientes, se encuentra en una situación privilegiada que no debería desaprovechar; es la profesional con la mayor

cantidad de información acerca de lo acontecido con el paciente, sin embargo es el médico quien está autorizado para dar la información al paciente y su familia. Es él quien comunica, según su criterio, el diagnóstico, pronóstico y tratamientos al paciente; toma la mayoría de las decisiones acerca del manejo de la enfermedad, que influyen directamente en la calidad y cantidad de vida del enfermo. Cabe precisar ahora si no ha sido la enfermera la que ha propiciado con su actitud pasiva, esta suerte de dependencia frente a las decisiones médicas. La política de algunas profesionales de “dejar hacer, dejar pasar” no es algo que beneficie al estatus de nuestra profesión. Como se denota en los resultados obtenidos.

Finalmente sino reflexionamos sobre los resultados obtenidos y los resultados de otros estudios de esta situación y continuamos de la misma manera esto implicaría que estaríamos frente a la problemática de deshumanización.

V.- CONCLUSIONES.

PRIMERA

Los pacientes hospitalizados, perciben que el profesional de enfermería brinda un cuidado humanizado “regular a deficiente”.

SEGUNDA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado en la dimensión humanismo/ fe, esperanza/ sensibilidad brindado por el profesional de enfermería, la percepción es de “a veces” es decir regular.

TERCERA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado en la dimensión ayuda / confianza que brinda el profesional de enfermería, la percepción es de “a veces a casi nunca” es decir regular a deficiente.

CUARTA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado en la dimensión expresión de sentimientos positivos/negativos brindado por el profesional de enfermería, la percepción es de “a veces” es decir regular.

QUINTA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado en la dimensión enseñanza / aprendizaje brindado por el profesional de enfermería, la percepción es de “casi nunca” es decir es deficiente.

SEXTA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado en la dimensión soporte/ protección/ ambiente brindado por el profesional de enfermería, la percepción es de “a veces” es decir regular.

SEPTIMA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado en la dimensión asistencia de necesidades humanas en el cuidado humano brindado por el profesional de enfermería, la percepción es de “a veces” es decir regular.

OCTAVA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado en la dimensión fuerzas existenciales/ fenomenológicas/ espiritual brindado por el profesional de enfermería, la percepción es de “a veces” es decir regular.

VI.- RECOMENDACIÓN.**AL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE ASOCIACIÓN DOCENTE INVESTIGACION.**

- Promover capacitaciones en los profesionales de Enfermería que laboran en los servicios de Hospitalización sobre el cuidado humanizado.
- Establecer capacitaciones periódicas basadas en temas que enriquezcan la práctica profesional.
- Implementar buzón de sugerencias con el fin de que los pacientes opinen acerca del cuidado y propongan opciones que ayuden a mejorar el cuidado brindado.
- Implementar programas de capacitación permanente para el Profesional de Enfermería sobre cuidado humanizado en coordinación con la unidad de capacitación para todo el personal de salud.

AI DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE APOYO YUNGUYO.

- Promover un sistema de capacitación que cubran las expectativas reales de los las Enfermeras, para lograr que los profesionales se involucren y se comprometan.
- Fortalecer y optimizar las capacidades del potencial humano en lo referente a la concepción holística de la persona brindando cuidados de enfermería tendientes a satisfacer las necesidades, entendiendo las diversas manifestaciones de tipo emocional expresadas a través de los sentimientos (sufrimiento, miedo, incertidumbre, entre otros) y respetando los valores culturales, ideologías y capacidad para percibir, y el pensar de las personas.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

- Elaborar protocolos de atención sobre las distintas intervenciones que se realizan a .los pacientes.
- Seguir elaborando estrategias orientadas a la reflexión/acción y/o programas de actualización sobre cuidados humanizados de enfermería, para la los estudiantes.

A LOS EGRESADOS.

- Realizar investigaciones cualitativas como cuantitativas en los diferentes servicios a fin de garantizar la calidad y la humanización del cuidado el profesional enfermero (a).
- Realizar investigaciones que reflejen la atención que se está brindando a los pacientes en diferentes lugares de nuestro país en los diversos campos de acción.

VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ariza, C. “¿Es posible humanizar la atención de Enfermería al paciente en estado crítico?”. Actual Enfer. 2006 y 1.
2. Jiménez, J. H. y Coeymans, M. y Gili, M. Percepción de calidad de la atención médica por los usuarios. En: Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile. Corporación de promoción Universitaria (CPU). 2010:265-303.
3. Estrategias del informe de la Organización Mundial de Salud. (En línea) 2004 (fecha de acceso 22 de noviembre del 2015). Pág. 05 URL disponible en:// http://www.mintra.gob.pe/contenidos/legislacion/dispositivos_legales/ley_27669.ht., Ministerio de Sanidad.
4. Miranda, C. “Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia- CHILE”. Tesis para Optar Título de Licenciada en Enfermería. 2014.
5. Morales, P. “Percepción de Comportamientos del cuidado humanizado de Enfermería en la Clínica de Heridas en una Institución de cuarto nivel”. Tesis para Optar Título de Licenciada en Enfermería. Bogotá-Colombia, 2011.
6. Hernández, V. y Guerra, M. “La percepción del cuidado en profesionales de enfermería en la clínica”. Tesis para Optar Título de Licenciada en Enfermería. Cuba , 2008.
7. Gonzales, J. y Quintero, M. "Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de Ginecoobstetricia de una Institución de II y III nivel de atención de la Clínica Salud Coop". Veraguas-Colombia. 2009.
8. León, L. “Percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado”. Lima-Peru. 2013.
9. Figueroa, C. “Cuidado Humanizado de la Atención de Enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III Goyoneche-Arequipa”. Tesis para Optar Título de Licenciada en Enfermería. UNA PUNO. 2012.
10. Puma, O. "Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado en los hospitales de Apoyo, Ilave y San Juan de Dios Ayaviri". Tesis para Optar Título de Licenciada en Enfermería. UNA PUNO. 2013.
11. Maldonado, R. “Percepción del Cuidado Humano que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del H.R.M.N.B -

- Puno”. Tesis para Optar Título de Licenciada en Enfermería. UNA PUNO. 2010.
12. Rivera, A. y Triana, A. Cuidado humanizado de Enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Revista avances en Enfermería. Vol.25. n° 1. Bogotá, 2007. Pág. 68.
 13. Warren, H. “Diccionario de Psicología” 1998. México. Fondo de cultura mexicana. Diccionario de las ciencias de la educación. Segunda edición. Editorial Santillana, Madrid. 2003. Pág. 109.
 14. Merleau, P., M. “Fenomenología de la percepción” 1985 Barcelona: Planeta-Agostini. ISBN 84-395-0029-555).
 15. Salazar, B. "The meaning of humanized nursing care for those participating in it Importance of efforts of nurses and healthcare institutions". Investigacion Educacion En Enfermeria. serial on the Internet. 2016.
 16. Watson J. Ponencia del primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad autónoma de Chihuahua. En línea, enero del 2009. (Fecha de acceso el 15 de Agosto 2016). Disponible en:// <http://fen.uach.mx/index.php>.
 17. Patterson, J., Zderad, J. Enfermería humanística: Asociación nacional de enfermería. Vol. 19. N° 65. New York, Junio 2006. Pág. 433.
 18. Gomez, G., Victoria, A. Tesis: Percepción del cuidado de enfermería en el hospital real nuestra señora de gracia. Zaragoza, 2012, Pag. 08-14. [En línea]
 19. Naranjo, G. Humanized care y the case of patients subjected to chemotherapy. Investigacion Educacion En Enfermeria [serial on the Internet]. (2013, Nov), [cited September 14, 2016].
 20. Marriner, M., Harcourt, C. “Modelos y teorías en Enfermería. Ida Imogene King, Teoría del la consecución de objetivos”. 4ta Edición. Editorial Mosby Interamericana. España. 1999. Pág. 305- 317. [En línea]
 21. Caro, S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor, una perspectiva humana. 2009. [cited September 14, 2016] y 172-178., MedicLatina.
 22. Beltrán, O. Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. Investigacion. 2015. MedicLatina. pag.: 17-27.
 23. Alvis, T., Moreno, M. experiencia de recibir un cuidado de Enfermería humanizado. Bogota, 2007. Pág. 63.
 24. Watson, J. Theory of human caring and subjective living experiences. Carative

- factors/caritas proceses as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto&contexto enfermegen. Vol.16. n°1. Brasil, 2007. Pág. 24-26, 32, 83.
25. Waldow, R. " El proceso de Cuidar según la Perspectiva de la Vulnerabilidad. Rev. Latino-Am. Enfermería" [En Línea]. 2008 México.
26. Gomez, G., Victoria, A. Tesis: Percepción del cuidado de enfermería en el hospital real nuestra señora de gracia. Zaragoza. 2012. Pag. 08-14.
27. Watson, J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en http://fen.uach.mx/index.php?page/semblanza_Jean_Watson. Enero 2009. [En línea]
28. Gomez, G., Victoria, A. Tesis: Percepción del cuidado de enfermería en el hospital real nuestra señora de gracia. Zaragoza, 2012, Pag. 08-14.
29. Marriner, T. Modelos y teorías en enfermería. 5ta edición. Editorial Rol. Barcelona, 1989. Pág.26, 60, 147, 149, 151, 351- 364, 305- 317.
30. Manrique, R., "Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la Universalidad - Madeleine Leininger." [En Línea] 2005. Nebraska. Disponible en://URL http://www.enfermeria21.com/listametas/Leininger_monografia.doc [Consultado 2013, Abril].
31. URRÁ, E., JANA, A. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería. Vol. 2011. Pag.: 11-22.
32. Cano. S., Giraldo, A. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. (Spanish). Revista Facultad Nacional De Salud Pública [serial on the Internet]. (2016, Jan), [cited September 14, 2016].
33. Cabrera, G., Pimienta, J. Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. (Spanish). Revista De Salud Pública [serial on the Internet]. (2008, Aug).
34. Villamizar, B., Vargas, C. Rueda Nieves E. Madre descubriendo el amor incondicional en el proceso de adaptativo de hospitalizacion de su bebe prematuro. (Spanish). Revista Cuidarte [serial on the Internet]. (2014, July).
35. Watson, J. Assesing and measuring caring in Nursing and Health Sciences. Segunda edicion. 2009. PAG. 83.
36. Hernandez Sampiere R., Fernandes Collado C. y Baptista Lucio P. Metodologia de la Investigacion.. Mexico McGraw: 1991:263-277.

37. Hernandez, S. Metodologia de la investigacion. 1999. pag. 107.
38. Cronin, S., Harrison, B. Importance of nurse caring behaviors as perceived after myocardial infarction. *Heart&Lung* 1988, 17:374-380.
39. Kimblie, L. Patients Perceptions of Nurse Caring Behaviors in an Emergency Department.
40. Cronin, S., Harrison, B. Importance of nurse caring behaviors as perceived after myocardial infarction. *Heart&Lung* 1988, 17:374-380.
41. Harrison, B. Importance of nurse caring behaviors as perceived after myocardial infarction. *Heart&Lung* 1988, 17:374-380.

ANEXOS

Anexo 01

VARIABLES y su Operacionalización.

- **Variable independiente:** cuidado humanizado que brinda por parte del profesional de enfermería.
- **Variable dependiente:** percepción del paciente hospitalizado.

Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS
Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería, hospital apoyo Yunguyo, Puno – 2016.	Humanismo/fe y esperanza/sensibilidad.	1. Me tratan como una persona única. 2. Toman en cuenta mi manera de ser. 3. Saben hacer bien su trabajo. 4. Me dan seguridad. 5. Me hacen sentir que están cerca si los necesito. 6. Me animan a confiar en mí mismo. 7. Señalan cosas buenas de mi persona y de mi condición de salud. 8. Elogian mis esfuerzos. 9. Me comprenden. 10. Me preguntan cómo me gustaría que se hagan las cosas. 11. Aceptan mi modo de ser. 12. Son comprensivos y respetan mis sentimientos y estados de ánimo. 13. Son amables y consideradas(os). 14. Se dan cuenta cuando “estoy aburrido” y me tienen paciencia. 15. Durante la atención realizada se muestra tranquilas. 16. Me tratan con respeto.	(5) Siempre. (4) Casi siempre. (3) A veces. (2) Casi Nunca. (1) Nunca.
	Ayuda y confianza.	17. Realmente me escuchan cuando estoy hablando. 18. Aceptan mis sentimientos sin juzgarlos. 19. Vienen a la habitación para saber cómo estoy. 20. Conversan conmigo sobre cómo era mi vida antes de ingresar al hospital. 21. Me preguntan cómo me gustaría que me llamen. 22. Se presentan cuando recién nos conocemos.	(5) Siempre. (4) Casi siempre. (3) A veces. (2) Casi Nunca. (1) Nunca.

Van...

...Vienen

VARIABLE	DIMENCIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS
		23. Vienen rápidamente cuando los llamo. 24. Me ponen toda su atención cuando están conmigo. 25. Si le trasladarían a otro sector del hospital ¿le visitaría? 26. Me tocan (la mano, hombro o mejilla) cuando necesito consuelo o me dan ánimo. 27. Cumplen con lo que se comprometen.	
	Expresión de sentimientos positivos/negativo.	28. Me estimulan a expresar lo que siento. 29. No se molestan cuando estoy enojado o de mal humor. 30. Me ayudan a entender mis sentimientos. 31. No se alejan, ni me abandonan cuando estoy difícil de tratar (irritable, callado, malhumorado, etc.).	(5) Siempre. (4) Casi siempre. (3) A veces. (2) Casi Nunca. (1) Nunca.
	Enseñanza/ aprendizaje.	32. Me animan a preguntar sobre mi enfermedad y mi tratamiento. 33. Responden de manera clara mis preguntas. 34. Me enseñan sobre mi enfermedad. 35. Se aseguran de que entiendo lo que explican. 36. Me preguntan que deseo saber acerca de mi salud/enfermedad. 37. Me ayudan a ponerme metas que realmente puedo lograr de acuerdo a mi estado de salud. 38. Me ayudan a planificar como lograr esas metas de salud. 39. Me ayudan a planificar los cuidados que tendré en mi casa cuando me den de alta.	(5) Siempre. (4) Casi siempre. (3) A veces. (2) Casi Nunca. (1) Nunca.
	Soporte/ Protección y ambiente.	40. Me dicen que ocurrirá conmigo cada día, respecto a mi salud (evolución de mi enfermedad). 41. Entienden cuando necesito estar solo (a). 42. Me sugieren ideas o cosas para hacerme sentir más cómodo (a) (cambios de	(5) Siempre. (4) Casi siempre. (3) A veces. (2) Casi Nunca. (1) Nunca.

Van...

...vienen

VARIABLE	DIMENCIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS
		posición, brazadas, etc.). 43. Dejan mi habitación limpia y ordenada después de un procedimiento. 44. Me explican las precauciones de seguridad que debemos tener mi familia y yo. 45. Me dan medicamentos para el dolor cuando lo necesito. 46. Me animan a que haga lo que puedo hacer por mí mismo (a). 47. Respetan mi pudor (no destaparme en público). 48. Antes de irse, verifican junto conmigo que tengo todo lo que necesito al alcance de la mano. 49. Consideran mis necesidades espirituales. 50. Son gentiles conmigo. 51. Son alegres.	
	Asistencia en las necesidades humanas.	52. Me ayudan a cuidarme hasta que yo pueda hacerlo por mi cuenta. 53. Conocen bien su trabajo; por ejemplo, como poner inyecciones. 54. Saben usar los equipos (ejemplo monitores). 55. Me dan tratamientos y medicamentos a tiempo. 56. Mantienen a mi familia informada sobre la evolución de mi enfermedad. 57. Permiten que mis familiares que me visiten lo más que puedan. 58. Vigilan mi estado de salud muy de cerca. 59. Me hacen sentir que puedo decidir ciertas acciones sobre mi cuidado. 60. Reconocen cuando necesito que llamen a un médico.	(5) Siempre. (4) Casi siempre. (3) A veces. (2) Casi Nunca. (1) Nunca.
	Fuerzas existenciales fenomenológicas y espirituales.	61. Me demuestran que entienden mis sentimientos (tristezas, alegrías, etc.). 62. Me ayudan a entender que mis experiencias de vida son importantes para crecer como persona. 63. Me animan a sentirme bien conmigo mismo (a).	(5) Siempre. (4) Casi siempre. (3) A veces. (2) Casi Nunca. (1) Nunca.

Anexo 02

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Para protección de los derechos éticos de los participantes que proporciona la información para el estudio que se va a realizar “PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE Enfermería, HOSPITAL APOYO YUNGUYO, PUNO – 2016”. Realizada por la egresada Yesica Yanet Almendre Alberto de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano.

Yo, autorizó para participar en este estudio de investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, doy constancia de haber aceptado. Por tal respondo el instrumento clasificado de preguntas existentes en una escala de 1 a 5 que muestra el encuestador.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Anexo 03

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

ENCUESTA N°:

CARING BEHAVIORS ASSESSMENT TOOL

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE CUIDAR

FECHA: N° DE CAMA:DÍA DE HOSPITALIZACIÓN:.....

IDIOMA: SEXO: M..... F..... EDAD:

Buenos días señor paciente, se viene realizando un estudio respecto a las acciones y/o actitudes de los profesionales de Enfermería, sus respuestas son confidenciales, así que les agradezco ser lo más sincero posible:

En el siguiente listado encontramos acciones y/o actitudes que los profesionales de enfermería pueden decir o hacer para hacerles sentir que cuidan de usted. Por favor, indique si las situaciones que se presentan a continuación se realizan:

N°	Preguntas	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	nunca
01	Me tratan como una persona única.					
02	Toman en cuenta mi manera de ser.					
03	Saben hacer bien su trabajo.					
04	Me dan seguridad.					
05	Me hacen sentir que están cerca si los necesito.					
06	Me animan a confiar en mí mismo.					
07	Señalan cosas buenas de mi persona y de mi condición de salud.					
08	Elogian mis esfuerzos.					
09	Me comprenden.					
10	Me preguntan cómo me gustaría que se hagan las cosas.					
11	Aceptan mi modo de ser.					
12	Son comprensivos y respetan mis sentimientos y estados de ánimo.					
13	Son amables y consideradas(os).					
14	Se dan cuenta cuando "estoy aburrido" y me tienen paciencia.					
15	Durante la atención realizada se muestra tranquilas.					
16	Me tratan con respeto.					
17	Realmente me escuchan cuando estoy hablando.					
18	Aceptan mis sentimientos sin juzgarlos.					
19	Vienen a la habitación para saber cómo estoy.					
20	Conversan conmigo sobre cómo era mi vida antes de ingresar al hospital.					
21	Me preguntan cómo me gustaría que me llamen.					
22	Se presentan cuando recién nos conocemos.					
23	Vienen rápidamente cuando los llamo.					
24	Me ponen toda su atención cuando están conmigo.					
25	Si le trasladarían a otro sector del hospital ¿le visitaría?					

Van...

...vienen

N°	Preguntas	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	nunca
26	Me tocan (la mano, hombro o mejilla) cuando necesito consuelo o me dan ánimo.					
27	Cumplen con lo que se comprometen.					
28	Me estimulan a expresar lo que siento.					
29	No se molestan cuando estoy enojado o de mal humor.					
30	Me ayudan a entender mis sentimientos.					
31	No se alejan, ni me abandonan cuando estoy difícil de tratar (irritable, callado, malhumorado, etc).					
32	Me animan a preguntar sobre mi enfermedad y mi tratamiento.					
33	Responden de manera clara mis preguntas.					
34	Me enseñan sobre mi enfermedad.					
35	Se aseguran de que entiendo lo que explican.					
36	Me preguntan que deseo saber acerca de mi salud/enfermedad.					
37	Me ayudan a ponerme metas que realmente puedo lograr de acuerdo a mi estado de salud.					
38	Me ayudan a planificar como lograr esas metas de salud.					
39	Me ayudan a planificar los cuidados que tendré en mi casa cuando me den de alta.					
40	Me dicen que ocurrirá conmigo cada día, respecto a mi salud (evolución de mi enfermedad).					
41	Entienden cuando necesito estar solo (a).					
42	Me sugieren ideas o cosas para hacerme sentir más cómodo (a) (cambios de posición, brazadas, etc.).					
43	Dejan mi habitación limpia y ordenada después de un procedimiento.					
44	Me explican las precauciones de seguridad que debemos tener mi familia y yo.					
45	Me dan medicamentos para el dolor cuando lo necesito.					
46	Me animan a que haga lo que puedo hacer por mí mismo (a).					
47	Respetan mi pudor (no destaparme en público).					
48	Antes de irse, verifican junto conmigo que tengo todo lo que necesito al alcance de la mano.					
49	Consideran mis necesidades espirituales.					
50	Son gentiles conmigo.					
51	Son alegres.					

Van...

...vienen

N°	Preguntas	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	nunca
52	Me ayudan a cuidarme hasta que yo pueda hacerlo por mi cuenta.					
53	Conocen bien su trabajo; por ejemplo, como poner inyecciones.					
54	Saben usar los equipos (ejemplo monitores).					
55	Me dan tratamientos y medicamentos a tiempo.					
56	Mantienen a mi familia informada sobre la evolución de mi enfermedad.					
57	Permiten que mis familiares que me visiten lo más que puedan.					
58	Vigilan mi estado de salud muy de cerca.					
59	Me hacen sentir que puedo decidir ciertas acciones sobre mi cuidado.					
60	Reconocen cuando necesito que llamen a un médico.					
61	Me demuestran que entienden mis sentimientos (tristezas, alegrías, etc.).					
62	Me ayudan a entender que mis experiencias de vida son importantes para crecer como persona.					
63	Me animan a sentirme bien conmigo mismo (a).					

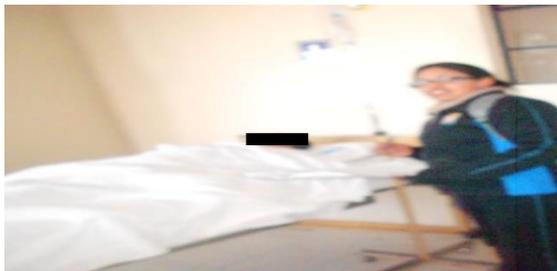
Anexo 04

EVIDENCIAS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS

Fotografías de la encuesta de preguntas a pacientes hospitalizados en el Hospital de Apoyo Yunguyo del 2016.



Entrevistando a un paciente en medicina varones, concluyendo satisfactoriamente.



Entrevistando a un paciente en medicina mujer, en donde se obtuvo una buena participación con la paciente.