

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto,
Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014.**

Tesis presentada como parte de los
Requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

Miranda C. Paulina, Monje V. Pablo, Oyarzún G. Jéssica.
VALDIVIA – CHILE
2014

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto,
Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014.**

Tesis presentada como parte de los
Requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

Miranda C. Paulina, Monje V. Pablo, Oyarzún G. Jéssica.
VALDIVIA – CHILE
2014

Profesor Patrocinante:

Nombre: Ida Elizabeth Flores González.

Profesión: Enfermera

Grado: Magíster en Enfermería, mención Gestión del Cuidado, U. de la Frontera 2011.

Instituto: Enfermería

Facultad: Medicina

Firma:

Profesores Informantes:

Nombre: Carmen Luz Salas Quijada.

Profesión: Enfermera

Grado: Licenciada en Enfermería

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina

Firma:

Nombre: Jessica Paola Godoy Pozo.

Profesión: Enfermera.

Grado: Magíster en Desarrollo Humano, Mención Desarrollo Familiar e Individual, Universidad Austral de Chile, 2009.

Magíster en Educación (c), Universidad de la Frontera, 2007.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

AGRADECIMIENTOS

A nuestra profesora patrocinante; E.U Elizabeth Flores, por sus conocimientos, disposición, constancia, paciencia y apoyo desde el comienzo y en cada paso del desarrollo de esta investigación, por su compromiso como docente, enfermera y guía, porque siempre en las dificultades presentadas había una solución más simple de lo que creíamos, por el tiempo que dedicamos juntos a esta investigación, por los buenos momentos que compartimos, no nos quedan más que palabras de afecto y agradecimiento hacia usted.

A nuestro profesor Fredy Seguel, por la ayuda, conocimientos y disposición cada vez que lo necesitábamos, por su paciencia en explicarnos una y otra vez el funcionamiento de programas y como dar paso a esta investigación, por su asistencia totalmente desinteresada y espontanea en este proceso, infinitos agradecimientos.

A nuestros Padres por su incondicionalidad, comprensión, afecto y apoyo en este proceso, por creer en nuestras capacidades y compartir cada una de nuestras alegrías, por nunca bajar los brazos y confiar en nuestros conocimientos y habilidades, por sus reconfortantes palabras de ánimo en las dificultades y el orgullo de compartir este logro con y para ustedes, solo nos resta amor y gratitud hacia ustedes.

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. INTRODUCCIÓN	7
3. ANTECEDENTES, REVISIÓN DE LA LITERATURA	9
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.	20
5. METODOLOGÍA	22
6. PROYECCIONES PARA LA PROFESIÓN, DISCIPLINAS, SALUD PÚBLICA	29
7. RESULTADOS	30
8. DISCUSIÓN	42
9. CONCLUSIONES	45
10. REFERENCIAS	47
11. ANEXOS	53

RESUMEN

Enfermería entendida como ciencia y arte del cuidado, a lo largo de su historia se ha destacado por la entrega de atención desde una perspectiva biopsicosocial, siendo fundamental las relaciones que se establecen con los pacientes. La humanización es un componente elemental en la entrega de cuidados y es una de las bases de la “Teoría del Cuidado Humano” de Jean Watson, quien sostiene que ante la posible deshumanización de la atención en salud por cambios de estructura, nuevos modelos y tecnologías, es necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y trans-personal, por parte de los profesionales de Enfermería. Frente a lo expuesto, surge la interrogante ¿Cuál es la percepción que poseen los usuarios hospitalizados en el Sub-departamento de Medicina Adulto del Hospital Base Valdivia respecto al cuidado humanizado entregado por los profesionales de Enfermería durante el año 2014?

Este estudio tiene como objetivo determinar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados en el sub-departamento de Medicina Adulto del HBV, del cuidado humanizado que otorgan los profesionales de enfermería y los factores relacionados, durante el tercer trimestre de 2014. Mediante la aplicación del instrumento Percepción de comportamiento de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE), adecuado transculturalmente a nuestro país y una encuesta socio demográfica.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y asociación, a una muestra de 171 pacientes; se concluyó 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. También demostró que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de percepción de trato humanizado y las variables socio demográficas estudiadas. Los resultados permiten una retroalimentación positiva para el personal que labora en la unidad, fortalecer su desempeño y la motivación para cuidar.

El instrumento PCHE aún requiere ciertas adecuaciones lingüísticas, como presentar todos los ítems como afirmaciones positivas, adecuarlo aún más a la realidad chilena (ítem N° 18) y no permite la auto aplicación en este tipo de pacientes.

Palabras clave: enfermería, cuidado de enfermería, humanización de la atención, calidad de la atención de salud.

SUMMARY

Nursing, understood as a science and the art of caring, through out history has been noted for the attention and care given from a biopsychosocial perspective, being a fundamental part of this the relationships established with the patients. The humanization is a fundamental component of care delivery and one of the bases of the “Theory of Human Caring” by Jean Watson, who claims that in case of a possible de-humanization in health care caused by structure changes, new patterns and technologies, it is necessary to rescue the humane, spiritual and transpersonal aspects, by the nursing professionals. In light of this, it appears the following question: What’s the perception hospitalized patients in the sub-department of Adult Medicine in the Hospital Base Valdivia have when it comes to the humane care given to them by nursing professionals during 2014?

This study aims to determine the perception that hospitalized patients on the sub-department of Adult Medicine of HBV have on the humane care given to them by nursing professionals, and relating factors, during the third trimester of 2014. Through the administration of the Perception of Behavior of Humane Care in Nursing instrument (PCHE, its acronym in Spanish), adapting it transculturally to our country, and a socio-demographic poll.

A quantitative, descriptive, transversal and associative study was made to a sample of 171 patients; it was concluded that 86% of hospitalized patients consider that they always receive a humane treatment, 11,7% almost-always, 1,8% sometimes, and 0,6% never perceived a humane treatment. It also showed that there is no statistically significant association between the level of perception of a humane treatment, and the socio-demographic variables studied. The results allow for a positive feedback between the unit staff, to strengthen their performance and motivation for caring.

The PCHE instrument still requires certain linguistic adjustments, such as presenting all items as positive affirmations, adjust it even more to a Chilean reality (item n.18), and it doesn’t allow the self-administration on this type of patients.

Key words: Nursing, Nursing Care, Humanization of Assistance, Quality of Health Care.

1. INTRODUCCIÓN

Enfermería entendida como ciencia y arte del cuidado, a lo largo de su historia se ha destacado entre otros aspectos por la entrega de cuidados desde una perspectiva biopsicosocial. En relación a lo anterior Meleis (1989) enfatiza que estos se sustentan en las relaciones que se establecen con las personas, siendo el centro de los servicios otorgados por los profesionales de Enfermería (1). Desde esta perspectiva es fundamental ahondar en el ámbito del cuidado humanizado, entendido como: el cuidado que va más allá de la resolución de carencias físicas, englobando ámbito psicológico, social, cultural, espiritual y de valores.

La humanización como componente elemental en la entrega de cuidados asociados a la atención de salud por parte de los profesionales, constituye un rol de suma importancia, debido a que avala de manera cotidiana las bases teóricas en las cuales se sustenta la teoría de la práctica de Enfermería.

Jean Watson, creadora 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 trans-personal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de Enfermería” (2).

Los actuales sistemas de salud buscan la mejoría constante de sus estándares de calidad, centrándose en las necesidades del usuario y deben enfocarse a la calidad global y mejora continua, no solo en los procesos puntuales y de connotación como lo es la acreditación y certificación, que si bien son importantes, exigen sólo características mínimas, que no apuntan concretamente al trato digno y humanizado. Así, la posibilidad de medir la percepción de los usuarios en relación al cuidado humanizado entregado por los profesionales de Enfermería es fundamental.

Frente a lo expuesto, surge la interrogante ¿Cuál es la percepción que poseen los usuarios hospitalizados en el Sub-departamento de Medicina Adulto del Hospital Base Valdivia respecto al cuidado humanizado entregado por los profesionales de Enfermería durante el año 2014?

La principal motivación para la realización del presente estudio, surge de la necesidad de conocer la percepción del paciente hospitalizado en el servicio de Medicina Adulto del

Hospital Base Valdivia en relación al cuidado humanizado entregado por profesionales de Enfermería, puesto que estos usuarios son personas vulnerables que en su mayoría no tienen otras opciones de atención en salud, muchos no conocen sus derechos ni deberes y por lo tanto parece fundamental para la profesión y disciplina de Enfermería encontrar una herramienta que permita identificar las falencias o potenciar la calidad de la atención.

Por otra parte, la amplia gama de pacientes aporta diversas características sociodemográficas de interés para el estudio, ya que permiten estudiar los factores que inciden en la percepción usuaria del cuidado.

Otra motivación es establecer si hay concordancia con los resultados obtenidos en la encuesta de Satisfacción Usuaría aplicada en Hospital Base Valdivia el año 2012 que muestra que un 93.1% de los usuarios se muestra satisfecho con la atención, la amabilidad en el trato de enfermería alcanza un 93% de satisfacción; seguridad y confianza que inspiró el personal de enfermería un 93,8% y la disposición del personal de enfermería y auxiliares en atender sus necesidades un 90.2%, lo cual indica un alto grado de satisfacción frente a los cuidados entregados (3).

El objetivo de este estudio fue identificar la percepción de los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto del Hospital Base Valdivia, del cuidado humanizado entregado por los profesionales de Enfermería durante el tercer trimestre del año 2014, para lo cual se utilizó el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidados humanizado en enfermería” (PCCHE).

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo, de corte transversal y de asociación, aplicado a una muestra aleatoria representativa de la población de pacientes hospitalizados en el Sub-departamento de Medicina Adulto durante agosto, septiembre y octubre de 2014.

2. ANTECEDENTES, REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. ENFERMERÍA

Según Pellegrino, “Cuidar es la base moral sobre la cual tienen que reformarse nuestras obligaciones profesionales y nuestra ética; constituye el fundamento moral a partir del cual debe regirse la praxis profesional y de manera especial, en Enfermería” (4).

La disciplina de Enfermería cuenta como eje de su quehacer, el cuidado en la atención y prestación de servicios sanitarios en salud, se ha llevado a cabo desde el principio de los tiempos y no existe otra disciplina tan comprometida con la entrega de cuidados. En un principio no poseía la connotación de profesión ni disciplina, fue a mediados del siglo XX cuando adquirió su rol profesional gracias a los emprendimientos de Florence Nightingale a finales del siglo anterior (5), quién incluyó el pensamiento científico y ético a la práctica del cuidado, otorgando las bases teóricas a la disciplina y por ende autonomía, considerando que hasta ese entonces el quehacer enfermero dependía completamente de las órdenes médicas.

La disciplina, entendida como especificidad de una formación, aludiendo al ámbito de sus conocimientos y orden académico, le dio mayor relevancia y cimiento a la profesión, ganando posicionamiento social. Lo anterior es sustentado en los diferentes postulados teóricos, los cuales han ido evolucionando y adaptándose a las necesidades de cada población (6).

Durante los años 50 la Enfermería comienza a pretender la búsqueda de una identidad propia y en 1952 se publica el primer modelo conceptual de enfermería de Hildegard Peplau, que tiene por título: *Interpersonal Relations in Nursing*. De manera concomitante en este mismo año apareció la revista *Nursing Research*, que se convierte en un órgano de difusión de primer orden en la investigación para la profesión como tal. Ya a mediados de la década del 50 y apoyado en los estudios anteriormente mencionados es que surgen definiciones de Enfermería de Virginia Henderson, la cual posteriormente es adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería en el año 1961 (7).

La Doctora Jean Watson, connotada teórica en el ámbito de enfermería reafirma el carácter humano de la atención, incorporando conceptos de humanización de cuidados, altruismo, toma de valores, cultivo de la sensibilidad y establecimiento de relación de ayuda entre los individuos, que avalan el carácter sociopsicobiológico de la disciplina (2).

El cuidado, como razón de ser de la disciplina es un proceso de protección de la vida humana que se dispone como eje de la reflexión y desarrollo de la profesión, este proceso se lleva a cabo en el contexto del ciclo vital individual y familiar, teniendo como mayor característica el dinamismo del proceso salud- enfermedad a nivel personal y comunitario (8).

2.2 TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

La Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson presenta el concepto de cuidado como base de la disciplina de Enfermería que a través de la relación de ayuda entrega al paciente las herramientas necesarias para lograr un equilibrio entre: cuerpo, mente y alma; haciendo especial énfasis en la dignidad humana (2).

Las bases teóricas que sustentan la teoría de Watson provienen tanto de las ciencias naturales como de las humanidades, incluyendo una orientación espiritual; sus principales fuentes teóricas son: Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Peplau, Gadow, Newman y Rogers; entre otros (6).

En cuanto a las premisas que sustentan su teoría, son tres principalmente, la primera plantea que el cuidado y por ende la enfermería han existido siempre, sin embargo, la oportunidad de acceder a educación superior por parte de enfermeros en formación ha permitido combinar la orientación humanística con los conocimientos científicos que sustentan los cuidados. La segunda premisa se enfoca a la claridad y calidad de la comunicación de necesidades y sentimientos, siendo la base de la relación transpersonal. Finalmente la premisa número tres pone especial énfasis en la genuinidad de la expresión de la enfermera y su honestidad en el acto del cuidado (6, 9).

Los conceptos del metaparadigma de Enfermería según la teoría de Watson, son:

- Persona: “Unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería” (6, 9).
- Medio ambiente: “Realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. Incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)” (6, 9).
- Salud: “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado” (6, 9).
- Enfermería: “experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta” (6, 9).

Conceptos de la teoría:

- Interacción Enfermera-paciente: protección, mejora y preservación de la dignidad humana (6, 9).
- Campo fenomenológico: marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana (6, 9).
- Relación del cuidado transpersonal: unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno” (6, 9).
- Momento del cuidado: el foco en el espacio y el tiempo en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada (6, 9).

Según Watson la relación del cuidado transpersonal se basa en la capacidad del enfermo de tener una visión objetiva de su situación de enfermedad y la capacidad de los profesionales de enfermería, de mostrar una genuina preocupación por la persona en todos los ámbitos del ser, creando una conexión espiritual, que facilite la curación o afrontamiento de la enfermedad; asumiendo una posición de trascendencia frente al sufrimiento que permita lograr la armonía interior (6).

Los supuestos de Watson se enmarcan en la espiritualidad de la vida, las facultades de adaptación humanas que permiten crecer y cambiar, el respeto y aprecio por la persona y la vida, la libertad para tomar decisiones y por sobre todo la importancia de una relación enfermera-paciente basada en sentimientos y emociones que permitan una cognición compartida y consenso (2).

El cuidado es el eje central de la enfermería y la única forma de llevarlo a cabo es a través de relaciones interpersonales usuario-enfermera.

2.3 TRATO HUMANIZADO

Durante mucho tiempo en los sistemas de salud ha primado el modelo biomédico, descuidando las necesidades del usuarios en el ámbito psicológico y/o social (10).

La humanización hace alusión al ser humano y todo lo concerniente a él. La atención personalizada es el interés de los profesionales por las personas. El trato humanizado ha sido definido como: “interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad” (11).

En el ámbito de enfermería los primeros estudios realizados por Leininger tratan de conceptualizar el cuidado, en ellos se afirma que el cuidado ha existido desde siempre y que es un constructor de cuerpo y alma. También considera que el cuidado es de carácter universal y establece una diferencia entre el curar y cuidar en donde cita; “los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados pero puede existir cuidados sin curación” (12), desde esta perspectiva se reafirma el rol propio de enfermería, teoría que es apoyada por Watson en sus diferentes estudios del trato humanizado hacia las personas, considerando el cuidado como cualidad única y auténtica que se sustenta en la calidad y reciprocidad del proceso; el cuidado transpersonal como eje de las acciones para protección y resolución de los problemas de salud de la población en general.

Por tanto es fundamental que el profesional no pierda el eje de lo que se busca hacer, el cuidado humanizado incrementa la calidad en la atención, con una consecuente satisfacción por parte de los usuarios, llevando a una mejor resolución de sus demandas asistenciales y cubriendo de manera íntegra y global sus necesidades.

En los cuidados de enfermería, el trato humanizado tiene relevancia ya que en el quehacer cotidiano se trata con personas que poseen sentimientos, dudas y temores respecto al acto sanitario y a la continuidad salud-enfermedad, por este motivo es necesaria la incorporación de pautas que midan la calidad de la atención desde la perspectiva humanizada (13, 14).

2.4 GESTIÓN DEL CUIDADO

Se entiende como Gestión de Cuidado la realización de un conjunto de acciones bajo ciertos criterios éticos y profesionales propios de la enfermería, que se llevan a cabo para el logro de las metas establecidas por las diferentes entidades y/o instituciones a las que pertenece el profesional. Su finalidad es el cuidado de las personas, tomando en cuenta sus derechos y situación actual de salud (15).

El año 1997 en nuestro país se instaura la Ley N° 19.536, incorporando el inciso cuarto al artículo 113 del código sanitario, dentro del cual se le otorga de manera formal la Gestión del Cuidado al profesional de Enfermería, además de ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos asistenciales (15).

Según la Reforma de Salud en Chile, la Gestión del Cuidado se encuentra en el marco de la Gestión Clínica, la cual también incluye el diagnóstico y tratamiento, es decir, la acción

de “curar” adjudicada a los médicos; dejando la acción de “cuidar” a Enfermería. Todo esto con el fin de lograr atención continua y de calidad al usuario (15). La gestión clínica promueve estrategias que ordenan los procesos a nivel salud, promoviendo e incentivando la participación de los equipos en la toma de decisiones, cumplimiento de demandas de la comunidad y al desempeño eficaz de su rol, entregando prestaciones de calidad, con los mejores recursos disponibles y basados en la mejor evidencia que se disponga sobre antecedentes en salud.

Siguiendo esta misma línea de reestructuración, el año 2007, con la norma General Administrativa n° 19 del Ministerio de Salud (MINSAL), se implementan Unidades de Gestión de Cuidado en los establecimientos de salud que brinden atención cerrada. (15), aquí la gestión del cuidado se entiende como: “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustentan en políticas y lineamientos estratégicos de la institución” (15, 16).

Kérouack (1996) plantea que la gestión del cuidado es “un proceso heurístico dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud” (17, 18), esta definición también fue adoptada por el Colegio de Enfermeras de Chile (15).

La importancia de la gestión del cuidado radica en: preservar y promover la calidad de los cuidados, mejorar la oferta de servicios a las personas con necesidades de salud insatisfechas, reforzar la eficacia de los recursos, favorecer la desconcentración de las decisiones en un proceso clínico, facilitar la contribución activa de los distintos grupos profesionales, enriquecer la comunicación y disminuir la rigidez institucional (15); basados en lo anterior es que el profesional enfermero debe velar por el cumplimiento integral de todas estas metas procurando cuidados holístico a los usuarios y así dando resoluciones atingentes a sus demandas.

2.5 ATENCIÓN EN SALUD Y CALIDAD DE ATENCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1988, define calidad como el “desempeño apropiado de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad puede costear y que tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad y morbilidad” (19).

Avedis Donabedian, considerado el padre de la calidad, define calidad de la atención en salud como: "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las

partes del proceso de atención", y propone tres dimensiones para la calidad: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención (4). Estas influyen de manera directa en la percepción del cuidado de los usuarios.

En relación a lo anterior el mismo autor plantea que existen diferentes perspectivas de calidad: la de los usuarios externos, paciente y comunidad, quienes focalizan su visión en relación a su mejoría y recuperación, cobertura y oportunidad de los servicios, accesibilidad y la relación con los profesionales, la cual es fundamental para evaluar satisfacción usuaria. Desde la perspectiva del equipo de salud: otorgar atención segura, oportuna, basada en sólidos conocimientos, con tecnología avanzada y recursos disponibles. Y en cuanto a los administradores y financiadores: eficiencia, eficacia, compromiso y competencias del equipo de salud (4).

Hace algunos años, la calidad no se consideraba medible, Vuori y Donabedian (1996) indican tres motivos generales para el necesario control de la calidad: éticos, sociales y de seguridad y económicos. A partir de esto se hizo necesario plantear métodos que permitieran controlar la calidad dentro del contexto sanitario (4).

El documento de "Salud Pública en las Américas" del año 2002 define como novena función esencial la "garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos". Aquí se responsabiliza al Estado de velar por la calidad de la atención en salud en el sector público y privado a través del monitoreo continuo de la calidad, la evaluación de las tecnologías sanitarias, la producción de normas, y la aplicación de metodología científica en la evaluación de las intervenciones de salud (20).

El MINSAL define atención sanitaria de calidad como "la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite" (21). Sin embargo, el profesional de enfermería no solo se aboca a la resolución de las necesidades biológicas del individuo, si no que engloba un todo biopsicosocial, basado en la entrega de cuidados de calidad.

A partir del año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias (22).

El Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios

de salud. Fue un programa poco conocido, sin embargo, los temas expuestos son la base del modelo actual (22).

Entre los años 2003 a 2005 la Reforma de Salud se incluye en la ley de salud la Garantía de Calidad y Acreditación de instituciones de Salud y de acuerdo al Decreto con fuerza de Ley N°1 del año 2005 a nivel nacional, están legislados los estándares mínimos que deben cumplir hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, a fin de alcanzar la calidad en los servicios entregados, esto en avance de la gestión del cuidado la cual como se mencionó con anterioridad promueve criterios éticos y profesiones para alcanzar las metas sanitarias propuestas a nivel individual y grupal de las poblaciones. Por ello el rol del Estado es garantizar la atención de calidad, en todo el sistema de salud, también la acreditación y evaluación de la misma (21).

En el año 2013 se hace exigible la garantía de Calidad y Seguridad de los Pacientes, cuya entrada en vigencia se postergó para el año 2014.

Los cuidados en salud deben enfocarse a la calidad global y mejora continua, no sólo en los procesos aislados como la acreditación y certificación, que si bien son importantes, exigen sólo características mínimas, que no apuntan concretamente al trato digno y humanizado.

2.6 DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

A partir de la Reforma de Salud en Chile (2004) se establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria y Gestión en la cual se da énfasis a la prevención en salud, disminuir las brechas de inequidad entre los más vulnerables y los más acomodados, y es a partir del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) donde se garantiza: el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en problemas de salud con alto impacto sanitario (23, 24). En el año 2012 se establece la Ley 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su Atención de Salud (25).

Aquí se establecen dos pilares fundamentales en la entrega de servicios sanitarios, primero, recibir atención de salud oportuna, por ello existe el sistema de garantías explícitas en salud (GES) y la atención de urgencia. En segundo lugar se encuentra la atención sin discriminación, por ejemplo en personas con discapacidad psíquica o mental o privadas de libertad (26).

Dentro de los 10 derechos de los pacientes se encuentra: derecho a la seguridad en la atención de salud; derecho a un trato digno, que comprende trato respetuoso y cordial, respeto y protección a la vida privada, honra e intimidad de la persona; derecho a la compañía y asistencia espiritual y a la atención con pertinencia cultural; derecho a la información, reserva de la información contenida en la ficha clínica; derecho a la autonomía, es decir, a la voluntad de elegir. Otro derecho hace mención a las personas con discapacidad psíquica o intelectual, las que deben recibir un trato igualitario y sin discriminación; derecho a la participación de los usuarios y por último el derecho de las personas a acceder a medicamentos e insumos (26).

El paciente tiene derecho a no solo ser visto como una persona que padece cierta afección de salud, sino más bien como un todo sociopsicobiológico en el cual las influencias del entorno juegan un rol importante en su salud.

Con respecto a los deberes, se encuentra: el cuidado de instalaciones y equipamiento; respeto a los funcionarios; respetar el reglamento interno; informarse y entregar información veraz sobre su estado de salud (26).

En concordancia con lo que plantea el Código de Ética del Colegio de Enfermeras de Chile, establece directrices en relación al trato digno: la enfermera, al entregar cuidados, debe respetar los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales, verificando en todo momento que las personas reciban información suficiente para aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos; resguardando el secreto profesional de cualquier información confidencial siempre y cuando su silencio no afecte la vida o salud del individuo o de otras personas (27).

2.7 DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA

La dignidad de las personas como principio rector para las prácticas clínicas se pone de real manifiesto en lo que se ha mencionado en los párrafos anteriores, la persona tiene derecho a recibir un trato digno, de calidad y con un énfasis integral acorde a las demandas sanitarias de la población, además de la constitución de herramientas de soporte para el cumplimiento de las diferentes metas sanitarias propuestas a Nivel País (28).

El personal sanitario tiene la obligación de tratar con respeto a los usuarios, este principio entrega las bases para el establecimiento de relaciones interpersonales, y es un eje fundamental en la comunicación y resolutivez de los posibles problemas a solucionar (29).

Para entregar servicios de salud con justicia debe hacerse desde una mirada equitativa, es decir, no debe importar: procedencia, creencias, condiciones sociales, entre otras (30).

La No maleficencia y justicia como principios de mínimos en la bioética se aplican en la entrega de soluciones explícitas y atingentes a las demandas de los usuarios, no ocasionando daño, maximizando los beneficios con los recursos que se dispongan y velando por el contexto general del paciente. Por otra parte el respeto a la autonomía del paciente al poner de manifiesto su percepción y la beneficencia en el sentido de tomar estas mismas críticas en pro de una mejor salud para él (29, 30).

El término calidad es de carácter evaluativo, por ende los juicios entorno a este son de valor y no de hecho y en palabras de Diego Gracia “consiste en la realización de los valores positivos de todo tipo y la evitación de los negativos”. En consecuencia posee una íntima relación con la ética ya que ambas se enmarcan en la teoría de la excelencia, es decir, no hay calidad posible sin la búsqueda de la excelencia, y la promoción de la excelencia es el objetivo de la ética, la cual es un componente indispensable en todo programa de salud así como también en el actuar de todos quienes prestan servicios en pro del cuidado humano. (31).

Es por consiguiente un valor moral del paciente el hecho de poner en evidencia como perciben el desempeño de los prestadores de salud, mediante las diferentes encuestas, protocolos de gestión de reclamos y otras herramientas existentes a nivel país para la medición de los estándares enunciados anteriormente.

2.8 SATISFACCIÓN USUARIA

En el marco de la calidad de atención y con base en las normativas vigentes, se mide la percepción usuaria de la atención entregada por parte de los profesionales de salud. En las últimas décadas, el elemento comunicativo se ha establecido como un componente esencial para la salud y el bienestar, pasando a ser parte de los mismos recursos que intervienen en una buena entrega de salud por parte de los funcionarios sanitarios. Puerto (2007) basándose en la OMS rescata de manera imperativa que la habilidad para comunicar y de buena manera, contribuye positivamente a una vida saludable (32).

En la década del 70' a nivel mundial se manifiesta la satisfacción usuaria como “una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente” (33), mientras que Cafferata y Righmann plantean que puede ser entendida como una “entrada” (input) a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos, principalmente

(33). A partir de esto comienza a surgir el concepto de “trato humanizado”, el cual ha sido enmarcado dentro de cinco elementos fundamentales; excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final en su salud (34).

2.9 MARCO EMPÍRICO

González menciona que Alvis, basado en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, realiza en Bogotá el año 2002, un estudio fenomenológico que describió la experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en pacientes hospitalizados. A partir de la interacción del cuidador-ser cuidado, define 9 comportamientos del cuidado humanizado: sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención (35).

Nelly Rivera Álvarez y Álvaro Triana, a partir de la investigación de Alvis et al realizan en Bogotá el año 2007 el estudio: “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en pacientes hospitalizados en la Clínica del Country”, de tipo transversal descriptivo con abordaje cuantitativo, cuyo resultado fue la elaboración del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería” (PCHE), el cual actualmente posee validez facial y de contenido (9).

Otro estudio colombiano realizado por Luz Bautista el año 2008, con enfoque cuantitativo transversal “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE (Empresa Social del Estado) Francisco de Paula Santander” describió cómo 202 usuarios hospitalizados en el servicio de especialidades médicas, percibieron la calidad del cuidado del personal de enfermería, para ello se utilizó el instrumento Caring Assessment Questionare (Care-Q) de Patricia Larson, el cual consta de cincuenta preguntas divididas en subescalas del comportamiento de la enfermera: accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, y monitorea y hace seguimiento. Los resultados obtenidos dicen que los comportamientos más importantes están relacionados con habilidades del personal como: administrar tratamientos, saber aplicar inyecciones, etc. Los comportamientos menos importantes son: preguntar al paciente cómo prefiere que lo llamen, sentarse con éste, ser jovial, ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios de su estado de salud (36).

El estudio colombiano de tipo descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo, realizado el año 2009 por González y Quintero, titulado “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”, donde se utilizó el instrumento PCHE primera

versión a 30 pacientes, donde se obtuvo que el 73% de los paciente siempre percibieron comportamiento de cuidado humanizado por parte de los/las enfermeros, 11% casi siempre, 12% algunas veces, 4% nunca percibieron un trato humanizado (37).

Otra investigación, descriptiva de tipo transversal, realizada en Perú el año 2010 por Espinoza, Huerta, Pantoja, Velásquez, Cubas y Ramos, llamado “El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Octubre de 2010”, donde se encuestó a 65 pacientes, y se concluyó que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, evidenciando una atención de baja calidad (38).

El estudio “Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por Enfermería en una IPS de tercer nivel. Cartagena 2013” fue realizado el año 2013 en Colombia por Acosta, Mendoza, Morales y Quiñones, se utilizó como instrumento de medición el PCHE, obteniéndose como resultados que el 70% de las personas hospitalizadas encuestadas siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado en el personal de enfermería, un 15% casi siempre, un 11% algunas veces y un 4% respondió que nunca percibió comportamientos de cuidado humanizado en la enfermera. La categoría mejor evaluada por los participantes del estudio fue “priorizar al ser cuidado” y la peor evaluada fue la categoría “proactividad” (39).

El estudio chileno “Percepción sobre el cuidado humanizado proporcionado por la enfermera en atención cerrada” realizado por Bettancourt y Landman, presentado en el XIV Coloquio Panamericano de investigación en Enfermería, en Cartagena de Indias (Colombia) en septiembre del 2014, señala que de un muestreo no probabilístico en 138 personas hospitalizadas en 4 servicios de un hospital público de Valparaíso, donde se utilizó la segunda versión el instrumento PCHE, se obtuvo que el promedio de hospitalización es de 7,25días. Con respecto a la Percepción global, el 84,06% Siempre percibió cuidado humanizado, 11,59% Casi siempre, 4,35% Algunas veces. No hubo diferencias de edad, sexo o dependencia. Las categorías con mayor percepción fueron Cualidades del hacer (95,75%), priorizar al ser cuidado (94,93%), apoyo físico (94,20%). Las Categorías de menor percepción son apoyo emocional (92,75%), proactividad (90,58%) y empatía (90, 58%) (40).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción que poseen los usuarios hospitalizados en el Sub-departamento de Medicina Adulto del Hospital Base Valdivia respecto del cuidado humanizado entregado por los profesionales de Enfermería durante el año 2014?

3.2 HIPÓTESIS

La percepción de cuidado humanizado de los usuarios del sub-departamento de Medicina está directamente relacionado con sus condiciones personales: edad, n° de días de hospitalización y escolaridad:

- A mayor edad del usuario existe una percepción de cuidado humanizado más favorable.
- A mayor n° de días de hospitalización existe una percepción más positiva de cuidado humanizado.
- A menor nivel de educación es más favorable la percepción de cuidado humanizado.

3.3 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados en el sub-departamento de Medicina Adulto del HBV, del cuidado humanizado que otorgan los profesionales de enfermería y los factores relacionados, durante el tercer trimestre de 2014.

3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el perfil de los usuarios del sub-departamento de Medicina Adulto del HBV encuestados.
2. Evaluar la aplicabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidados humanizado en enfermería (PCHE)”.
3. Establecer la percepción de conducta de cuidado humanizando en las seis categorías que contiene el instrumento: Dar apoyo emocional, Dar apoyo físico, Cualidades del hacer de la enfermera, Pro actividad, Empatía, Priorizar al ser cuidado.
4. Establecer la relación entre percepción de cuidado humanizado y las siguientes variables sociodemográficas: Edad, N° días de hospitalización, Nivel de escolaridad.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Investigación cuantitativa, descriptiva y de asociación, de corte transversal.

4.2 DESCRIPCIÓN DEL PARADIGMA CUANTITATIVO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de asociación para medir y conocer cómo se percibe el cuidado humanizado entregado por los profesionales de enfermería a los usuarios hospitalizados en el sub-departamento de Medicina Adulto del HBV. Prácticamente no existen estudios de este tipo a nivel nacional y son escasos internacionalmente. Al ser de asociación permite examinar la relación de las variables sociodemográficas con la percepción de cuidado humanizado. De corte transversal ya que se estudiaron las variables simultáneamente en un determinado momento, en este caso tres meses (agosto, septiembre, octubre) haciendo un corte en el tiempo (41).

4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo fueron todos los usuarios hospitalizados en el Sub-departamento de Medicina Adulto del HBV durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2014. La cantidad aproximada trimestral de usuarios es de 603, obtenida a partir de datos aportados por la Unidad de Análisis y Registros Clínicos GRD del HBV, a este número se le restó el 50% por no encontrarse en condiciones de contestar la encuesta, algunos por limitaciones cognitivas o por alteración de conciencia.

La población de estudio fue de 171 pacientes, correspondiente a una muestra representativa aleatoria simple, que se obtuvo a través del programa STATA 11 y Research Randomizer.

De esta forma se evitó el sesgo de selección, asegurando que las variables pronósticas que inciden en el resultado se distribuyeran equitativamente en los grupos en comparación (42).

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los usuarios hospitalizados seleccionados en el Sub-departamento de Medicina Adulto del HBV que cumplan con los criterios de inclusión.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Usuarios hospitalizados en el sub-departamento de Medicina Adulto durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2014 que aceptaron el Consentimiento Informado. En el caso de usuarios menores de 18 años debieron contar con el consentimiento de sus tutores legales.

4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Usuarios que rehusaron participar en el estudio, usuarios que fallecieron durante el estudio, usuarios con compromiso de conciencia que les impidió responder las encuestas, usuarios con alteración o limitación cognitiva (Retardo Mental).

4.7 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron 2 instrumentos para la recolección de la información: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizados en Enfermería (PCHE) segunda versión y una Encuesta Sociodemográfica de elaboración propia.

4.7.1 INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA (PCHE) SEGUNDA VERSIÓN (ANEXO 1)

Investiga la percepción del cuidado humanizado entregado por profesionales de enfermería. Fue elaborado por Rivera y Triana (43). Posee una validez de contenido 0.83 y una validez facial de 0.78 (44), así como también una adecuación transcultural al contexto chileno. Cabe destacar que la adecuación realizada ya ha sido utilizada por un grupo de estudiantes en un trabajo presentado en el XIV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería realizado en septiembre de 2014 en Cartagena de Indias, Colombia (40).

Consta de 32 ítems distribuidos en 6 categorías (anexo 2). Se utiliza una escala de Likert de 4 puntos, en donde 1 corresponde a nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre (44). Para un puntaje por encuesta de 32 a 128 (45).

Los resultados se evalúan de acuerdo a los siguientes rangos:

- 104,1 – 128 puntos: siempre se percibe una relación de cuidado humanizado en las(os) enfermeras(os) (45).
- 80,1 - 104 puntos: casi siempre se percibe una relación de cuidado humanizado en las(os) enfermeras(os) (45).
- 56,1 – 80 puntos: algunas veces se percibe una relación de cuidado humanizado en las(os) enfermeras(os) (45).
- 32 – 56 puntos: nunca se percibe una relación de cuidado humanizado en las(os) enfermeras(os) (45).

Algunas ventajas que nos proporciona la aplicación del instrumento PCHE son:

- Costo relativamente bajo (46).
- Capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo de tiempo breve (46).
- Permite abarcar un gran porcentaje de la población en un tiempo relativamente corto (46).
- Facilidad para obtener, cuantificar, analizar e interpretar los datos (46).
- Menores requerimientos en cuanto a personal (46).
- Mayor posibilidad de mantener el anonimato de los encuestados y eliminación de los sesgos que introduce el encuestador (46).

4.7.2 ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO (ANEXO 3)

Para caracterizar a los usuarios según los siguientes de variables:

- Sexo.
- Edad.
- Número de días de hospitalización.
- Procedencia Urbano/Rural.
- Previsión.
- Nivel de escolaridad.
- Grupo diagnóstico
- Religión.
- Etnia.

4.8 ANÁLISIS DE LOS DATOS

4.8.1. PROCESAMIENTO DE DATOS:

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos de las variables de estudio, con cálculo de media, medianas, moda y desviación estándar, con el fin de determinar la percepción del cuidado humanizado otorgado por profesionales de enfermería a los usuarios hospitalizados en el Sub-departamento de Medicina Adulto del HBV, además se utilizó estadística inferencial para sacar conclusiones, tomando como base una muestra de población total, con un nivel de confianza de 95%.

Para comenzar se tabularon todos los datos en una planilla en el Programa Excel Microsoft Office 2013 y se analizaron a través del programa SPSS de Windows, versión 17.0. Para mostrar los resultados se utilizan: tablas, estadística descriptiva, e inferencial.

4.8.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

4.8.2.1 Variable cualitativa nominal: Las variables son: Sexo, previsión, religión, etnia, nivel de escolaridad, procedencia, diagnóstico, percepción cuidado humanizado global, percepción cuidado humanizado por categorías. Las cuáles serán definidas y categorizadas en la tabla N°1.

Tabla N° 1: Variables Cualitativas Nominales.

Variables nominales	Definición	Categorías
Sexo	Condición física que define a la persona	Hombre- mujer
Previsión de salud	Sistema de salud al cual pertenece la persona.	PRAIS, FONASA A/B/C/D, ISAPRE, otra
Religión	Sistema de creencias o dogmas acerca de la divinidad.	Católica, Evangélica, Testigos de Jehová, otra, ninguna.
Etnia	Cultura a la que pertenece o se siente identificado.	Mapuche, otras, ninguna.
Nivel de escolaridad	Grado de estudio más alto aprobado	Básica incompleta, Básica completa (hasta 8vo básico), media incompleta, Media completa (hasta 4to medio), Universitaria Incompleta, Universitaria completa, Educación técnica completa o educación técnica incompleta.

Diagnóstico	Identificación y calificación de la enfermedad o motivo de hospitalización.	Enfermedades Circulatorias, Respiratorias, Digestivas, Genitourinarias, de Sangre y órganos hematopoyéticos, de Piel, Endocrinas y metabólicas, neoplasias, infecciosas y parasitarias y Otras.
Percepción Cuidado Humanizado Global	Grado de cuidado humanizado percibido por el paciente.	Siempre, Casi Siempre, Algunas Veces, Nunca.
Percepción Cuidado Humanizado por categorías	Grado de cuidado humanizado percibido por el paciente en cada categoría: dar apoyo emocional, dar apoyo físico, empatía, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad, priorizar al ser cuidado.	Siempre, Casi siempre, Casi Nunca, Nunca.

4.8.2.2 Variables cuantitativas continuas: Las variables son; Edad, N° de días de hospitalización, años de estudio, percepción cuidado humanizado global, percepción cuidado humanizado por categorías. Las cuáles serán definidas y categorizadas en la tabla N° 2.

Tabla N° 2: Variables cuantitativas continuas.

Variables continuas	Definición	Categorías
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	En años
N° de días de hospitalización	Tiempo que lleva hospitalizada la persona	En días
Años de estudio	Años de estudios alcanzados por la persona.	En años
Puntaje Global Percepción de cuidado Humanizado.	Puntaje de Percepción global del paciente respecto del cuidado humanizado recibido por profesionales de Enfermería.	En puntos (de 32 a 128)
Puntaje Dar apoyo emocional	Puntaje de Creación de lazos de confianza enfermera-paciente, otorgando un sentimiento de significancia y compañía.	En puntos (de 6 a 24)
Puntaje Dar apoyo físico	Puntaje de Contacto físico respetuoso, mediante tacto, miradas y favoreciendo confort y el alivio del dolor.	En puntos (de 4 a 16)

Puntaje Empatía	Puntaje de Escucha activa, acompañamiento y sentimientos de comprensión frente a enfermedad.	En puntos (de 4 a 16)
Puntaje Cualidades del hacer de la enfermera	Puntaje de Trato digno, disponibilidad, respeto, utilizando estrategias que promuevan e incentiven el autocuidado.	En puntos (de 8 a 32)
Puntaje Proactividad	Puntaje de Disponibilidad hacia el otro para darle la información oportuna, clara y suficiente.	En puntos (de 5 a 20)
Puntaje Priorizar al Ser cuidado	Puntaje de Capacidad de reconocer las necesidades del paciente, respetando creencias y valores.	En puntos (de 5 a 20)

4.9 IMPLICANCIAS ÉTICAS

Basándose en la ética principialista (47) se deben equilibrar los beneficios frente a los riesgos, evitar hacer daño, respetar la capacidad de decisión de las personas y también existe la obligación de distribuir equitativamente los beneficios y los riesgos.

Con el fin de asegurar que los derechos de los usuarios que participan en el estudio sean respetados, se ejecutó el proceso de consentimiento informado, respetando así el principio de autonomía, haciendo valer su libertad de tomar decisiones para formar parte de la investigación, rechazarla y/o retirarse de la misma si así lo desea. Antes de comenzar la encuesta se les informó el propósito del estudio, garantizando la protección de su identidad y confidencialidad de la información para resguardar su bienestar físico, mental y social, se respondió a las inquietudes que manifestaron durante el curso de la investigación. Por esta razón cada encuesta debió ser autorizada por el usuario o en el caso de menores de 18 años se solicitó un consentimiento informado, con la firma del encuestado y de su tutor legal (Anexo 4) que consideró todas las implicancias y que dio cuenta que la persona acepta participar en forma libre e informada.

En el proceso de recogida y análisis de datos sólo se usó un número de encuesta, para asegurar el anonimato del paciente que entregó la información y que los datos obtenidos serían usados sólo en el presente estudio. Se solicitó autorización para la utilización del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizados en Enfermería (PCHE) de los autores, Álvaro Triana y Nelly Rivera (anexo 5), además se solicitó autorización a la dirección de Gestión de Cuidado del HBV y al Comité de ética del Servicio de Salud Valdivia.

En relación al principio de beneficencia, no hubieron beneficios directos para los participantes, ni económicos ni de reconocimiento, pero su aporte en la investigación ha sido en pro de un beneficio social a futuro, mejorar la calidad de atención entregada por los profesionales de enfermería a los usuarios y establecerse como indicador de calidad de la atención. No hubieron riesgos para los participantes, pues no existían implicancias físicas o emocionales para ellos, por lo cual se cumple el principio de no maleficencia. Se evitó el sesgo en la elección de la muestra manteniendo el principio de justicia.

5. PROYECCIONES PARA LA PROFESIÓN, DISCIPLINAS, SALUD PÚBLICA

Las proyecciones de este trabajo se sustentan en fomentar la búsqueda de nuevas formas de evaluar el cuidado otorgado a los usuarios por parte de los profesionales de enfermería, mejorando la calidad de la atención brindada y la satisfacción de quienes la experimentan, complementando así el modelo de salud actual, predominantemente biomédico, con una mirada psicosocial que engrandezca el cuidado humanizado. Por otra parte posibilitaría el mejoramiento del posicionamiento del profesional de enfermería en la sociedad, distinguiéndolo (a) de otras profesiones del área de la salud ante la mirada de los usuarios.

5.1 PARA LA SALUD PÚBLICA:

- Aumenta la calidad de la Atención desde una perspectiva humanizada.
- Cumplimiento de demandas biopsicosociales en la atención de Salud.
- Contribuye al alcance de las metas sanitarias propuestas a nivel ministerial.
- Aumento de la Satisfacción usuaria.
- Ayuda a la construcción de estándares de calidad en la atención de salud por parte de profesionales de Enfermería.

5.2 PARA LA ENFERMERÍA:

- Aumento del posicionamiento de la profesión a nivel social y sanitario.
- Contribución a la entrega del cuidado con sensibilidad y calidad humana.
- Contribuye a mejorar la disciplina permitiendo evaluar a los profesionales en su práctica diaria.
- Watson propone: “El cuidado genera más salud que curación”.

6. RESULTADOS

Durante los meses de estudio agosto, septiembre y octubre de 2014 se aplicaron encuestas sociodemográficas y PCHE a 171 pacientes que se encontraban hospitalizados en el Sub-departamento de Medicina Adulto del HBV, se llegó a los siguientes resultados:

6.1 PERFIL DE LOS USUARIOS DEL SUB-DEPARTAMENTO DE MEDICINA ADULTO DEL HBV ENCUESTADOS

Tabla N°3: Edad y número de días de hospitalización

	Media	Mediana	Moda	Desv típ	Mínimo	Máximo	N perdidos
Edad	56,20	60,00	67	18,853	15	88	0
N° días de hospitalización	6,95	4,00	1	8,459	1	50	2

Como se observa, la media de edad de los usuarios encuestados es de 56,2 años, con una mediana de 60 y la edad que más se repite es 67 años. La edad mínima a la cual se aplicó el cuestionario fue de 15 años y 88 años la edad máxima.

Los pacientes muestran un promedio de 6,95 días de hospitalización, con una mediana de 4 días y una moda de 1 día de hospitalización. El mínimo de días de hospitalización fue de 1 y el máximo de días de hospitalización fue de 50 días.

Tabla N°4: Distribución porcentual según sexo.

	f	%
Femenino	93	54,4
Masculino	78	45,6
Total	171	100,0

La tabla muestra que hay una pequeña diferencia porcentual según sexo, correspondiendo el 54,4 % de los encuestados a mujeres y un 45,6% de pacientes a hombres.

Tabla N°5: Distribución según grupo diagnóstico.

	f	%
Circulatorio	58	33,9
Respiratorio	18	10,5
Digestivo	17	9,9
Genitourinario	16	9,4
Sangre y órganos hematopoyéticos	31	18,1
Endocrino nutricional y metabólico	13	7,6
Piel y tejidos subcutáneos	10	5,8
Neoplasias	2	1,2
Infecciosas y parasitarias	2	1,2
Otros	2	1,2
Total	169	98,8
Datos perdidos	2	1,2
Total	171	100,0

El grupo diagnóstico con una frecuencia mayor fue el de enfermedades circulatorias con un 33,9%, seguido por las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, con una frecuencia de 18,1%. El grupo de enfermedades respiratorias ocupan el tercer lugar, presentándose en 18 pacientes (10,5%). El grupo diagnóstico que continúa decrecientemente en frecuencia es el digestivo (9,9%), seguido de las enfermedades genitourinarias (9,4%), endocrino nutricional y metabólico (7,6%,) continúa el grupo piel y tejidos subcutáneos (5,8%). Finalmente los grupos Neoplasias, enfermedades infecciosas y parasitarias (1,2%) y la categoría otros (1,2%) cada una con frecuencia de 2 (Ver tabla N°5).

Tabla N°6: Distribución según comuna de procedencia.

	f	%
Valdivia	87	50,9
Mariquina	6	3,5
Lanco	7	4,1
Los Lagos	3	1,8
Corral	3	1,8
Máfil	3	1,8
Panguipulli	9	5,3
Paillaco	4	2,3
La Unión	12	7,0
Futroneo	4	2,3
Río Bueno	11	6,4
Lago Ranco	2	1,2
Otras	20	11,7
Total	171	100,0

La comuna de Valdivia fue la que presentó el mayor número de pacientes (50,9%). En segundo lugar se encuentran “otras comunas” con un 11,7%, que incluye a todas aquellas comunas fuera de la Región de Los Ríos. La comuna de La Unión se encuentra en tercer lugar (7%). Continúan de manera de decreciente en frecuencias, Río Bueno (6,4%), Panguipulli (5,3%), Lanco (4,1%), San José de la Mariquina (3,5%), Paillaco y Futroneo con 2,3% cada una, Los Lagos, Corral y Máfil con 1,8%. Finalmente se encuentra Lago Ranco con 2 pacientes equivalentes al 1,2% (ver Tabla N°6).

Tabla N°7: Distribución según sector: urbano o rural.

	f	%
Urbano	135	78,9
Rural	36	21,1
Total	171	100,0

Como se muestra en la Tabla N° 7, 135 pacientes encuestados proceden de sector urbano (78,9%), mientras que un 21,1 % proceden del sector rural.

Tabla N°8: Distribución de Nivel de Escolaridad

	f	%
Analfabeto	4	2,3
Básica incompleta	60	35,1
Básica completa	28	16,4
Media incompleta	27	15,8
Media completa	34	19,9
Tec superior incompleta	4	2,3
Tec superior completa	5	2,9
Universitaria incompleta	1	0,6
Universitaria completa	5	2,9
Datos perdidos	2	1,2
Total	171	100,0

La mayor parte de los pacientes encuestados tiene nivel de escolaridad básica incompleta representando el 35,1% del total, seguido por escolaridad media completa (19,9%), escolaridad básica incompleta (16,4 %), escolaridad media incompleta (15,8%). Técnico superior completa y universitaria completa 2,9 % cada una, analfabetos y nivel de escolaridad técnico superior incompleta representan el 2,3 cada una. El nivel de escolaridad universitaria incompleta solo se presentó en 1 caso, equivalente al 0,6%, 2 datos perdidos, equivalentes al 1,2% del total de encuestados (ver Tabla N°8).

Tabla N°9: distribución según previsión de salud.

	f	%
Fonasa A	71	41,5
Fonasa B	59	34,5
Fonasa C	12	7,0
Fonasa D	21	12,3
Isapre	1	0,6
FFAA	2	1,2
Otras	5	2,9
Total	171	100,0

Respecto a la previsión de salud, la mayor parte de los usuarios encuestados son Fonasa A y B con 41,5% y 34,5%, respectivamente. El 12,3% son usuarios de Fonasa D, el 7% a Fonasa C. El total de usuarios afiliados a Fonasa es de 95,3%. Los usuarios con

previsión de salud de Fuerzas Armadas representan el 1,2% de los encuestados e Isapre el 0,6%. Los usuarios con otra previsión de salud fueron 5, equivalente al 2,9% del total (ver Tabla N° 9).

Tabla N°10: distribución según religión.

	f	%
Ninguna	25	14,6
Católica	89	52,0
Evangélica	47	27,5
Mormona	3	1,8
Testigos de Jehová	5	2,9
Otras	2	1,2
Total	171	100,0

En la tabla N°10, se observa que de los 171 pacientes encuestados, la mayoría profesa la religión Católica (52%), seguidos por la religión Evangélica (27,5%). Con una menor frecuencia los Testigos de Jehová (2,9%), Mormones (1,8%), 2 personas mencionaron que profesan otra religión (1,2%), y el 14,6% de los pacientes no profesa religión.

La religiosidad de los usuarios presenta diversas implicancias para el cuidado, el conocerla facilita al personal de salud planificar las acciones a ejecutar con cada paciente y contribuir a la mejora de su salud, se puede incluso modificar tasas de morbi-mortalidad y mejorar la esperanza de vida (48). Otro es el caso de las personas Testigos de Jehová, ellos no están dispuestos a recibir productos sanguíneos bajo ninguna circunstancia, aunque eso les signifique perder la vida (49).

Tabla N°11: Distribución según etnia.

	f	%
Mapuche	17	9,9
Otras	3	1,8
Ninguna	151	88,3
Total	171	100,0

La mayor parte de los pacientes (88,3%) no se identifican con alguna etnia, 17 pacientes se consideran parte de la etnia Mapuche (9,9%), 3 personas manifestaron ser de otras etnias, es decir el 1,8% del total (ver Tabal N°11).

Sin embargo, en la Región de los Ríos un 18,7% de la población es indígena (50), quienes poseen conceptos de salud-enfermedad y medicina diferentes representando un desafío para los profesionales de la salud inmersos en un sistema principalmente biomédico y deben crear estrategias para entender las creencias y valores propios de cada etnia (51).

6.2 APLICABILIDAD DEL INSTRUMENTO “PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADOS HUMANIZADO EN ENFERMERÍA (PCHE).

En cuanto a la experiencia de aplicar el instrumento PCHE, resulta un proceso lento puesto que el Servicio de Medicina Adulto cuenta con un recambio bajo de pacientes y gran parte de sus ingresos son adultos mayores con patologías crónicas descompensadas, quienes por lo general no se encuentran orientados en tiempo y espacio, ni en condiciones de responder la encuesta, ya que son 32 preguntas y requieren de comprensión. Otro caso suponen los pacientes de medicina hematológica, quienes debido a los efectos adversos de la quimioterapia no siempre se sentían bien para colaborar.

La ejecución de cada encuesta previa explicación del consentimiento informado tiene una duración aproximada de 20 a 30 minutos por persona, tiempo que puede variar de acuerdo al estado de cada paciente, por otra parte los usuarios no diferencian bien cada estamento y confunden a los profesionales de Enfermería con los Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) y aunque se les explica, vuelven a incidir en el error. Otro de los problemas encontrados fueron los cinco ítems escritos en negativo (N°4, 10, 12, 16 y 31), estos requieren ser presentados como afirmación positiva, actualmente se debe evaluar considerando Siempre como 1 y Nunca como 4. El ítem N° 18 apunta que el profesional enfermera/o es quien atiende las necesidades de baño, alimentación y eliminación, en Chile estas actividades son realizadas por los TENS, correspondiendo al profesional enfermera/o, supervisar su correcta ejecución. Otros ítems no son comprendidos por los pacientes y que requieren de explicación son: N° 23 y 26.

6.3 PERCEPCIÓN DE CUIDADO HUMANIZANDO: PUNTAJE GLOBAL Y POR CATEGORÍAS:

Tabla N° 12: Puntaje Global PCHE.

	Media	Mediana	Moda	Desv típ	Mínimo	Máximo	N perdidos
Puntaje Global PCHE	116,65	121,00	128	13,303	50	128	0

Como se observa en la Tabla N°12, el promedio del puntaje global obtenido fue de 116,65, es decir SIEMPRE se percibe cuidado humanizado, con una mediana de 121 y el

puntaje que más se repite es 128 puntos, es decir el máximo. El puntaje mínimo obtenido fue 50 puntos.

Tabla N°13: Percepción de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE): PUNTAJE GLOBAL.

	f	%
Nunca	1	0,6
Algunas veces	3	1,8
Casi siempre	20	11,7
Siempre	147	86,0
Total	171	100,0

Como grafica la tabla N° 13, más de $\frac{3}{4}$ de los pacientes encuestados, SIEMPRE perciben trato humanizado por parte de los profesionales de enfermería del Sub-departamento de Medicina Adulto del HBV (86%), mientras que el 11,7% de los pacientes percibe CASI SIEMPRE un trato humanizado, el 1,8 % reconoce ALGUNAS VECES y un 0,6% de los entrevistados NUNCA percibió un trato humanizado durante su estadía hospitalaria.

A continuación se muestran los datos resultantes en las 6 categorías: Dar apoyo emocional, Dar apoyo físico, Cualidades del hacer de la enfermera, Pro actividad, Empatía, Priorizar al ser cuidado:

Tabla N°14: Media por categorías de PCHE.

	Dar apoyo emocional	Dar apoyo físico	Empatía	Cualidades del hacer Enfermera	Proactividad	Priorizar al ser cuidado
Media	21,70	14,56	14,23	28,97	18,35	18,41

En la tabla N° 14 se muestra la media por categorías, donde todas son percibidas como SIEMPRE por los pacientes.

En las diferentes categorías el SIEMPRE está dado por: Dar apoyo emocional 19,6 a 24 puntos; Dar apoyo físico de 13,1 a 16 puntos; Empatía de 13,1 a 16 puntos; Cualidades del hacer de la enfermera de 26,1 a 32; Proactividad de 16,26 a 20; Priorizar al ser cuidado de 16,26 a 20.

A continuación se detallan las categorías por separado para tener una visión más detallada de las respuestas entregadas por las personas encuestadas, encada uno de los ámbitos que fueron analizados.

Tabla N°15: PCHE, Categoría Dar Apoyo Emocional

	f	%
Nunca	3	1,8
Algunas veces	4	2,3
Casi siempre	22	12,9
Siempre	142	83,0
Total	171	100,0

Esta categoría está compuesta por ítems que apuntan a cómo el paciente percibe la relación con el profesional de Enfermería a través de un lazo de confianza.

En la categoría de **apoyo emocional** de un total de 171 entrevistados, 142 personas correspondientes al 83% de las personas entrevistadas, respondió que SIEMPRE se ha sentido apoyado por el profesional de enfermería durante su estadía hospitalaria, mientras que 22 (12,9%) contestan CASI SIEMPRE, de igual forma, sólo 4 personas (2,3%) se han sentido apoyado en el ámbito emocional CASI NUNCA y el 1, 8% de los encuetados afirma no haberse sentido apoyado NUNCA (ver tabla N°15).

Tabla N°16: PCHE, Categoría Dar Apoyo Físico

	f	%
Nunca	3	1,8
Algunas veces	6	3,5
Casi siempre	37	21,6
Siempre	125	73,1
Total	171	100,0

El **apoyo físico**, como categoría considera acciones de la enfermera relacionadas al contacto físico respetuoso, respuesta a la necesidad de acompañamiento, alivio del dolor y

comodidad del paciente. En la categoría de apoyo físico, de un total de 171 encuestas ejecutadas, el 73,1 % de los entrevistados (125 personas) respondió SIEMPRE, mientras que el 21, 6% mencionó que CASI SIEMPRE se siente apoyado físicamente, el 3,5% de los participantes afirma que CASI NUNCA siente apoyo físico, en tanto el 1,8% NUNCA ha sentido este apoyo (ver tabla N°16).

Tabla N°17: PCHE. Categoría Empatía

	F	%
Nunca	2	1,2
Algunas veces	4	2,3
Casi siempre	58	33,9
Siempre	107	62,6
Total	171	100,0

Las acciones de enfermería correspondientes a esta categoría tienen que ver con la capacidad del profesional de establecer una relación **empática** con el enfermo, de ponerse en su lugar, favoreciendo la expresión de sentimientos en pro del afrontamiento al estado de enfermedad.

Se observa que el 62,6% de las 171 personas encuestadas, manifestaron que SIEMPRE perciben un trato humanizado empático, mientras que un 33,9% CASI SIEMPRE, el 2,3 % percibe empatía CASI NUNCA y 2 personas, equivalente al 1,2% NUNCA percibe empatía (ver tabla N°17).

Tabla N°18: PCHE Categoría Cualidades del hacer de la/el Enfermera/o

	f	%
Nunca	2	1,2
Algunas veces	3	1,8
Casi siempre	30	17,5
Siempre	136	79,5
Total	171	100,0

Se observa que 136 personas equivalentes a un 79,5% del total, percibe SIEMPRE las cualidades en la entrega de cuidado del profesional de enfermería, es decir, su disponibilidad, trato cordial, que es capaz de identificar sus necesidades y de educarlo, un 17,5% CASI

SIEMPRE, 1,8% CASI NUNCA y el 1,2% NUNCA percibe las cualidades del hacer de la Enfermera (Ver tabla N°18).

Tabla N°19: PCHE, Categoría Proactividad

	f	%
Nunca	4	2,3
Algunas veces	4	2,3
Casi siempre	20	11,7
Siempre	143	83,6
Total	171	100,0

Esta categoría comprende acciones de la enfermera que indican su grado de iniciativa, capacidad de dar respuesta a las interrogantes del paciente y su familia y hacerlos partícipes de su recuperación.

Respecto a la proactividad, en la tabla N° 19 se observa que 143 personas (83,6%) SIEMPRE perciben proactividad en el profesional de Enfermería, el 11,7 % CASI SIEMPRE, el 2,3% CASI NUNCA, igual proporción NUNCA perciben proactividad.

Tabla N°20: PCHE, Categoría Priorizar al ser cuidado

	f	%
Nunca	0	0
Algunas veces	3	1,8
Casi siempre	22	12,9
Siempre	146	85,4
Total	171	100,0

Estos ítems comprenden acciones de enfermería relacionadas al sentimiento de “ser valorado” por el profesional como ser único con necesidades diferentes.

Como se observa en Tabla N°20, el 85,4% equivalente a 146 personas de las encuestadas refiere que el profesional de Enfermería SIEMPRE prioriza el ser cuidado durante su atención, mientras que un 12,9% refiere que CASI SIEMPRE se da esta situación y un 1,8% refiere que CASI NUNCA se prioriza al ser cuidado, no hubo personas que marcaran la opción NUNCA.

6.4 RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE CUIDADO HUMANIZADO Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En relación al cuidado humanizado y las variables que se han estudiado en la encuesta Sociodemográfica: Edad, Sexo, N° días de hospitalización, Nivel de escolaridad, realizadas en conjunto con el cuestionado PCHE, se ha podido constatar de manera tangible que la asociación entre las variables no es significativa, mediante una amplia gama de pruebas.

A continuación se evidencian algunos de los ensayos realizados con los métodos correspondientes a cada una de las variables, para respaldar lo dicho anteriormente, para lo cual se realizaron tablas de contingencia.

Tabla N° 21: Percepción de Cuidado Humanizado (Puntaje Global) y sexo

		PCHE PUNTAJE GLOBAL				Total f %	
		Nunca f %	Algunas veces f %	Casi siempre f %	Siempre f %		
SEXO	femenino	1 1,1	2 2,2	12 13,0	78 83,7	93 100	
	masculino	0 0,0	1 1,3	8 10,3	69 88,4	78 100	
Total		1 0,6	3 1,7	20 11,7	147 86,0	171 100	

p: no significativa

Si bien la tabla muestra una diferencia porcentual entre hombres y mujeres, no existe asociación estadísticamente significativa (0,710) entre percepción global de trato humanizado y sexo.

También se realizaron pruebas de correlación para verificar si ésta es estadísticamente significativa, Prueba de Spearman para las variables percepción de cuidado humanizado y edad (p: 0,670) y Prueba de Kruskal-Wallis para percepción de cuidado humanizado y días de hospitalización (0,38).

Tabla N°22: Percepción de cuidado humanizado Enfermería y nivel de escolaridad

NIVEL ESCOLARIDAD	PUNTAJE GLOBAL									
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Analfabeto	0	0	0	0	0	0	5	100,0	5	100
Básica incompleta	1	1,67	1	1,67	6	10,0	52	86,66	60	100
Básica completa	0	0	0	0	0	0	28	100,0	28	100
Media incompleta	0	0	0	0	6	3,60	21	12,40	27	100
Media completa	0	0	0	0	6	17,64	28	82,36	34	100
Tec superior incompleta	0	0	0	0	1	25	3	75,0	4	100
Tec superior completa	0	0	0	0	0	0	5	100,0	5	100
Universitaria incompleta	0	0	1	100,0	0	0	0	0	1	100
Universitaria completa	0	0	1	20,0	1	20,0	3	60,0	5	100
Total	1		3		20		145		169 100	

p: significativa

La prueba de chi cuadrado muestra asociación entre el Puntaje Global del PCHE y el nivel de escolaridad, sin embargo, la mayoría de los paciente contestaron SIEMPRE y en las categorías de nunca, algunas veces y casi siempre prácticamente no hubo respuesta, lo que puede influenciar el resultado de la prueba de chi cuadrado.

7. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio concuerdan con las bases teóricas de Jean Watson, donde el cuidado es el eje central de la Enfermería y la única forma de llevarlo a cabo es a través del desarrollo de un vínculo enfermera – paciente, este vínculo está dado por diversas características del profesional que van más allá de las habilidades técnicas y del conocimiento, sino que abarca cualidades del ser (2), las que son evaluadas a través de instrumento de manera satisfactoria por los pacientes, siendo el promedio del puntaje global 116,65 puntos y el puntaje que más se repite 128 puntos, es decir, la mayoría de los encuestados otorgó el máximo puntaje, estableciendo que SIEMPRE perciben un cuidado humanizado en la atención de Enfermería.

En relación a la gestión del cuidado, donde por definición el profesional de Enfermería debe movilizar todos los recursos disponibles para favorecer el cuidado del paciente, no se hace referencia al establecimiento de un vínculo o relación enfermera/o – usuario, sin embargo las bases de la calidad de la atención incluyen aspectos técnicos de la atención, relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención (4), esto permite relacionar la teoría de Jean Watson, gestión del cuidado, el instrumento PCHE y los resultados del estudio, donde se evalúan competencias técnicas del hacer, ser y del conocimiento del profesional de Enfermería. En el estudio todas las categorías son percibidas como SIEMPRE.

En relación con la Ley 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su Atención de Salud (25), el instrumento PCHE evalúa de manera indirecta el cumplimiento de tres derechos: Derecho a un trato digno (ítem N°4, 5, 12 y 24) ; Derecho a la compañía y asistencia espiritual y a la atención con pertinencia cultural (ítems N° 17 y 23) ; Derecho a la autonomía (ítem N°19 y 29); todos los ítems relacionados fueron evaluados con SIEMPRE.

Este estudio en concordancia con la bibliografía revisada, demuestra que los pacientes perciben que los profesionales se toman el tiempo de establecer algún vínculo más humano, aparte de la aplicación de técnicas o procedimientos, además demuestra que el cuidado humanizado es labor fundamental de enfermería (2) y que se ve reflejada en su labor diaria. Esto está en concordancia con las mallas curriculares de las carreras de enfermería, en las cuales se observa cada vez un mayor énfasis en la formación de profesionales con enfoque biopsicosocial, lo cual se ve reflejado en el cuestionario aplicado a los pacientes, que tienen una buena percepción de la humanización de los cuidados de estos profesionales de salud.

Por otro lado, este estudio tiene correlación con los resultados empíricos entregados por las investigaciones realizadas por Álvaro Triana y Luz Nelly Rivera; “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en la clínica del Country” (9), puesto que muestra una gran similitud en sus resultados, afirma que el 86,86% da una respuesta de SIEMPRE, mientras que el 12,04 % de CASI SIEMPRE, el 1,09% ALGUNAS VECES y nadie entrega una respuesta de nunca, cifras muy similares a las alcanzadas en nuestro estudio.

El estudio realizado en Cartagena el año 2013, denominado “Percepción del paciente Hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en un IPS de 3 nivel” (39), también muestra una concordancia muy significativa con nuestro estudio, puesto que sus resultados muestran que un 70% de sus entrevistados responden como SIEMPRE, mientras que el 15% como CASI SIEMPRE, el 11% ALGUNAS VECES y el 4% como NUNCA.

Por otro lado, en Colombia se realizó el estudio “Percepción cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalizados de urgencia gineco-obstétrica, de institutos de nivel 1 y 2” (37), las cifras encontradas son prácticamente iguales a las mencionadas con anterioridad. No así en un estudio realizado en Perú llamado “El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el hospital EsSalud Huacho”, de octubre 2010, que muestra diferencia con el resto de los estudios, ya que este arrojó como resultado, que los pacientes describen una mala calidad en la atención por parte de los profesionales de Enfermería (38).

Los resultados del estudio chileno “Percepción sobre el cuidado humanizado proporcionado por la enfermera en atención cerrada”, muestran una percepción global de un 84,06% lo cual indica que el paciente siempre percibió un trato humanizado, el 11.59% Casi siempre, un 4.35% Algunas veces, y de manera concordante con nuestro estudio no muestra diferencias relacionadas con la edad y sexo. Las categorías con mayor percepción de cuidado humanizado registradas fueron: Cualidades del hacer (95.75%), Priorizar al ser cuidado (94,93%), Apoyo físico (94,20%); las categorías de menor percepción, fueron: Apoyo emocional (92,75%), Proactividad (90,58%) y Empatía (90,58%) (40). Estos resultados difieren levemente de los resultados de nuestra investigación, en la cual la categoría con mayor puntaje también fue: Cualidades del hacer de la Enfermera, seguido por Dar apoyo emocional y luego en orden decreciente: Priorizar al ser cuidado, Proactividad, Dar apoyo físico y Empatía.

Respecto al perfil de los pacientes estudiados, si bien el 54% son mujeres, está en correspondencia con la estadística nacional; actualmente en nuestro país existe una población aproximada de 16.000.000 de personas de las cuales el 50,57% son mujeres, mientras que el 49,48% corresponden a hombres (52).

Otra similitud que se puede observar es que de los entrevistados, el 95,3% son de previsión de salud FONASA, que también está en concordancia con la realidad nacional, en la cual el 82% de la población es FONASA según el Ministerio de Desarrollo Social el año 2011 (53).

En resumen, los diversos estudios realizados reflejan concordancia en sus resultados con una respuesta positiva o satisfactoria de la percepción de cuidado humanizado en enfermería, la cual concuerda con nuestro estudio.

8. CONCLUSIONES

Enfermería sustentada en las bases disciplinares del cuidado, tiene como esencia la entrega de cuidados humanizados, oportunos y de calidad, siendo esta una de las principales características de los profesionales de Enfermería. Esto, sumado al actual énfasis a nivel ministerial y en muchas Escuelas de Enfermería, en las que se ha enfatizado el cuidado integral de las personas y no sólo para suplir sus necesidades físicas, hace que los pacientes perciban un mejor trato por parte de los profesionales.

En el ámbito hospitalario nos enfrentamos con pacientes vulnerables, los cuales han sufrido una interrupción en su cotidiano vivir y han sido sacados de su entorno para enfrentarse a un proceso de salud enfermedad, es aquí en donde radica la principal importancia del profesional de Enfermería y la entrega de cuidados cálidos y humanos, que permitan a las personas sentirse acompañados en el proceso.

En cuanto a la utilidad del instrumento PCHE, ofrece una gran oportunidad de conocer la percepción de los pacientes, de las acciones ejecutadas por el profesional de Enfermería, evaluando las diferentes áreas del rol, en Chile esta evaluación desde la perspectiva del paciente es escasa, sin embargo el instrumento aún requiere ciertas adecuaciones lingüísticas, como plantear como una afirmación positiva los ítems (N°4, 10, 12, 16 y 31) y el ítem N°18 adecuarlo a la realidad chilena, donde estas actividades son realizadas por los TENS. Los ítem N° 23 y 26 son poco comprendidos por los pacientes, requieren de mayor explicación. A pesar de todo, es una herramienta que merece ser estudiada y para eso es necesario continuar utilizándola.

El estudio realizado expuso que la mayoría de los encuestados (86%) perciben siempre un trato humanizado por parte de los profesionales de enfermería, lo que debe constituir una retroalimentación positiva para el personal que labora en la unidad, para fortalecer su desempeño y la motivación para cuidar. También reafirma que en la mayoría de los estudios realizados en el último tiempo, en los cuales ha sido utilizado éste instrumento, tienen similitud en los resultados.

Por otro lado, también permite fortalecer la identidad y el posicionamiento de la profesión y diferenciación con las demás profesiones.

Si bien las variables estudiadas no se asociaron con el nivel de percepción de trato humanizado, a futuro se podrían analizar otras variables que pudiesen incidir en la percepción que tengan las personas en el trato recibido por profesionales de enfermería, además se podría abordar desde el paradigma cualitativo, que permitiría abarcar otros ámbitos. También que sería importante su aplicación en otros servicios del HBV, donde exista un nivel riesgo/dependencia diferente.

9. REFERENCIAS

1. Zarate A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 28 oct 2013]; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100009&script=sci_arttext
2. Urrea M, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. Enferm. [Internet]. 2011 [citado 12 oct 2013]; 17(3): 11-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002
3. Sáez A. Medición de satisfacción Usuaría Hospital Base de Valdivia – Servicio de Salud Valdivia año 2012. Valdivia Chile. 2012; 16-21.
4. Ariza C, Daza De Caballero R. Calidad del Cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado. [Internet]. Primera Edición. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. 2008 [citado 21 oct 2013] 11-27. Disponible en: http://books.google.cl/books/about/Calidad_del_cuidado_de_enfermer%C3%ADa_al_pa.html?id=L0T4LiRF-UQC&redir_esc=y
5. Amaro M. Florence Nightingale, la primera gran teórica de Enfermería. Cienc. Enferm. [Internet]. 2004 [citado 10 oct 2013]; 20 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192004000300009&script=sci_arttext
6. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. [Internet]. Séptima Edición. España. EdiDE S.L. 2011 [citado 10 oct 2013]; 20-25. Disponible en: <http://books.google.cl/books?id=CYYsbyypR4cC&printsec=frontcover&dq=libro+de+teorias+y+modelos+de+enfermeria&hl=es&sa=X&ei=WUhlUuzWOLTc4APerICoBA&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=libro%20de%20teorias%20y%20modelos%20de%20enfermeria&f=false>
7. García C, Martínez M. Historia de la Enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. [Internet]. España: Elsevier España S.A. 2001 [citado 12 oct 2013]; 20-25. Disponible en: [http://books.google.cl/books?id=iR2PWNAhoqsC&printsec=frontcover&dq=\(Garc%C3%ADa,+2001.+Historia+de+la+enfermer%C3%ADa\)&hl=es&sa=X&ei=rU1UoS_Jta24APglYGQCw&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.cl/books?id=iR2PWNAhoqsC&printsec=frontcover&dq=(Garc%C3%ADa,+2001.+Historia+de+la+enfermer%C3%ADa)&hl=es&sa=X&ei=rU1UoS_Jta24APglYGQCw&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false)
8. Depaux R, Campodónico L, Ringeling I, Segovia I. En el camino a centro de salud familiar. [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. 2008 [citado 20 oct 2013];

- 7-8. Disponible en: <http://www.siad-sps.cl/file/view/2318/en-el-camino-al-centro-de-salud-familiar-minsal-2008>
9. Rivera N, Triana A. Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. [Internet]. Bogotá, Colombia. 2007 [citado 12 oct 2013]. Disponible en: <http://biblioms.dyndns.org/libros/enfermeria/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf>
10. Red de Salud Gobierno de Chile. [Internet]. Santiago de Chile. 2013 [citado 28 de oct 2013]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>
11. Acuña A. Humanización en el cuidado de Enfermería. [Internet]. Argentina. 2008 [citado 1 oct 2013]: 1-27. Disponible en: http://www.cymsa.com.ar/frontend/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion_Acu%C3%B1a.pdf
12. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado Humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Cienc. Enferm [Internet]. 2007 [citado 28 oct 2013]; 20(4): 499-503. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000400019&script=sci_arttext
13. Hoyos P, Cardona M, Correa D. Humanizar los contextos de Salud, cuestión de Liderazgo. [Internet]. Medellín; 2008 [citado 29 oct 2013]; 26(2): 218-225. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/2847/2325>
14. Moreno M. Humanización del Cuidado: Una meta enraizada en la ciencia de enfermería. [Internet]. Colombia; 2013 [citado 30 oct 2013]; 13(2): 146-147. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3515/pdf>
15. Bórquez B, Milos P, Larraín A. La “Gestión del Cuidado” en la legislación Chilena: Interpretación y alcance. Cienc. Enferm. [Internet]. 2010 [citado 20 oct 2013]; 16(1): 17-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_03.pdf
16. Barría S. Aprueba Norma General Administrativa N° 19, “gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada”. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud. 2007 [citado 20 oct 2013]; 1-6 Disponible en: http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SEREMI/SEREMI4_NORMAS/RESOLUCION_1127_07.PDF
17. Hernández K. Adaptación de la función del rol de enfermería, a los estímulos de jefes de servicio. [Internet]. San Nicolás de Hidalgo. 2008 [citado 23 oct 2013]; 28-47.

- Disponible en:
<http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/3206/1/ADAPTACIONDELAFUNCIONDELROLDEENFERMERIAALOSESTIMULOSDEJEFESDESERVICIO.pdf>
18. Pereira H. Enfermería: Cuidados Humanizados. Cienc. Enferm. [Internet]. Uruguay. 2013 [citado 21 oct 2013]; 1 (3): 212-213. Disponible en: http://www.ucu.edu.uy/Facultades/Enfermeria/cuidados_humanizados_3.pdf
 19. Salazar R. Calidad en la Atención Materno infantil. [Internet]. Costa Rica. 2011 [citado 21 oct 2013]; 2-23 Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-informacion/material-educativo/doc_view/1266-calidad-de-la-atencion-materno-infantil-2011.
 20. Organización Panamericana de Salud. 27° Conferencia Sanitaria Panamericana. 59° Sesión del Comité Regional. [Internet]. Washington, D.C., EUA. 2007 [citado 1 oct 2013]: 1-9. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Calidad%20y%20seguridad%20del%20paciente.pdf>
 21. Ministerio de Salud. Acreditación de Calidad en Salud [Internet]. Santiago de Chile. 2011 [citado 25 de oct 2013]: 9. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b644fa9a8af8d5cce040010164011221.pdf>
 22. Tocornal J. Responsabilidad Civil por infecciones Intrahospitalarias. Cienc. Enferm. [Internet]. 2010 [citado 23 oct 2013]; 37 (3): 477-504. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-34372010000300004&script=sci_arttext
 23. Infante A, Paraje G. La Reforma de Salud en Chile. [Internet]. Santiago de Chile. 2010 [citado 25 de oct 2013]: 1-41. Disponible en: http://www.pnud.cl/areas/ReduccionPobreza/2012/2010_5.pdf
 24. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. La Reforma de Salud [Internet]. Santiago de Chile. 2006. [citado 25 oct 2013]. Disponible en: http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2005-10-27.7644862447
 25. Ministerio de salud. Ley Núm 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a acciones vinculadas a su atención en Salud. Santiago de Chile. 2012 [citado 25 oct 2013]: 1-6. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cbb3d986537436a2e040010165015aa4.pdf>
 26. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 20.584. Santiago de Chile. 2012. [citado 25 oct 2013]. Disponible en: http://www.leychile.cl/Consulta/m/norma_plana?org=&/Navegar?idLey=20584#

27. Colegio de Enfermeras de Chile. Código de Ética del colegio de enfermeras de Chile. [Internet]. Santiago de Chile. 2008 [citado 25 oct 2013]. Disponible en: <http://enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/08/Coodigo-de-Etica-Colegio-de-Enfermeras-de-Chile.pdf>

28. Iáñez E. Introducción a la Bioética. Granada España. 2005 [citado 25 oct 2013]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm>

29. Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. Acta bioeth. [Internet]. 2010 [citado 03 Oct 2013]; 16(2): 124-132. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

30. Amaro M, Marrero A, Valencia M, Casas S, Moynelo H. Principios básicos de la bioética. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 1996 [citado 25 oct 2013]; 12(1):11-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191996000100006&script=sci_arttext

31. Lolas F. Bioética y Cuidado de la Salud Equidad, Calidad, Derechos Publicaciones Actas Bioethica. [Internet]. Santiago de Chile. 2000 [citado 28 de oct 2013]:35-52. Disponible en: <http://www.actabioethica.cl/docs/bioeticaycuidado.pdf>

32. Puerto M, Costa M, Ugarte A. La satisfacción de los usuarios en un Servicio Público de Salud (CMS) es variable, en función del trato que reciben por parte del médico. Universidad Europea de Madrid: Madrid España. 2007 [citado 3 de Oct 2013]; 3-12. Disponible en: http://www.madridsalud.es/comunicacion_salud/documentos/satusuarios.pdf

33. Ávila T, De los Ríos C. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. Invest Educ Enferm [Internet]. 2004 [citado 25 oct 2013]; 22(2): 128-135. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2953/2642>

34. Rivas F. Relación entre la calidad del servicio de salud a partir de la percepción del usuario y su grado de satisfacción en cuanto a la atención brindada por el profesional de enfermería durante su estadía hospitalaria en la hospitalización en el Hospital de San Juan de Dios de Mérida. Septiembre- Noviembre 2005. Mérida Edo Mérida. [Internet]. Mérida, México. 2006. [citado 28 oct 2013]. Disponible en: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ9388.pdf>

35. González J, Quinteros D. 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. Bogotá, Colombia. 2009 [citado 12 oct 2013]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>

36. Bautista L. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichán [Internet]. 2008 [citado 28 oct 2013]; 8 (1): 74-84. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100007
37. González J, Quintero D. 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 [Internet]. Bogotá, Colombia. 2009 [citado 3 oct 2014]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>
38. Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Octubre de 2010 [Internet]. Perú. 2010 [citado 4 oct 2014]. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.pdf
39. Acosta A, Mendoza C, Morales K, Quiñones A. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por Enfermería en una IPS de tercer nivel. Cartagena 2013. [Internet]. Cartagena de Indias. Colombia. 2013 [citado 4 oct 2014]. Disponible en: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/617/PERCEPCI%C3%93N%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITALIZADO%20%20SOBRE%20EL%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20BRINDADO%20POR%20ENFER.pdf?sequence=1>
40. Bettancourt L, Landman C. Percepción sobre el cuidado humanizado proporcionado por la enfermera en atención cerrada. Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso.2014 [citado 9 nov 2014]. Disponible en: <http://coloquioenfermeria2014.com/es/percepci%C3%B3n-sobre-el-cuidado-humanizado-proporcionado-por-la-enfermera-en-atenci%C3%B3n-cerrada>
41. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ta edición. México: McGraw-Hill; 2010: 271-279.
42. Laporte J. Principios Básicos de Investigación Clínica. 2da edición; 2002 [citado 25 nov 2013]; 168-179. Disponible en: <http://www.icf.uab.es/livre/pdf/Pbic.pdf>
43. Rivera N, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. Rev. Av. Enferm 2007;25(1):54-66. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf
44. Romero E, Contreras I, Pérez Y, Moncada A, Jiménez V. Cuidados humanizados de Enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. Rev.cienc.biomed. 2013; 4(1):63.

45. Espitia S, Rivera L, Triana A. El análisis de la información del instrumento PCHE 2ª. Versión. Bogotá. Colombia. 2010.
46. Pineda E, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 3ra edición: Washington: OPS. 2008.
47. Thompson J. Los principios de ética biomédica. [citado 28 Nov 2013]; 15-31. Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_4/15-34.pdf
48. González T. Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [Internet]. 2004 [citado 8 nov 2014]; 7(2): 25-26. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-2b/vol7no2art2.pdf>
49. Besio M, Besio F. Testigos de Jehová y transfusión sanguínea. Reflexión desde una ética natural. Rev Chil Obstet Ginecol [internet]. 2006[citado 8 nov 2014]; 71(4): 214-275. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n4/art10.pdf>
50. Ministerio de Desarrollo Social. Pueblos originarios, Casen 2011. [internet]. Chile. 2011. [citado 8 nov 2014]: 9. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Pueblos_Indigenas_Casen_2011.pdf
51. Hasen F. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 [citado 8 Nov 2014] ; 18(3): 17-24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300003&script=sci_arttext
52. CNN Chile. INE cuantificó 16.341.929 habitantes en Chile en nuevas cifras del Censo 2012. Chile. 2014 [citado 8 nov 2014]. Disponible en: <http://cnnchile.com/noticia/2014/02/26/ine-cuantifico-16341929-habitantes-en-chile-en-nuevas-cifras-del-censo-2012>
53. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile. Salud. 2011 [citado 8 nov 2014]: 96-97. Disponible en: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos_2012_pp_94-125.pdf

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1: PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA

Apreciado usuario queremos conocer su percepción respecto al cuidado brindado por el personal de enfermería.

A continuación presentamos una lista de enunciados que describen los comportamientos de cuidado. En cada afirmación marque con una X la respuesta que presenta la forma como se dieron dichos comportamientos durante su hospitalización.

	Nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1. Le hacen sentir como ser humano.				
2. Son amables en el trato.				
3. Muestran interés por brindarle comodidad física.				
4. Cuando le hablan no lo miran a los ojos.				
5. Toman tiempo para aclararle las inquietudes				
6. Cuando se dirigen a usted se siente cuidado (a).				
7. La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo (a).				
8. El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza.				
9. Facilitan el diálogo.				
10. Olvidan explicarle anticipadamente los procedimientos.				
11. Responden sus preguntas con seguridad.				
12. El personal de enfermería no informa de su nombre antes de realizarle los cuidados.				
13. Le dedican el tiempo necesario.				
14. Dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna.				
15. El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados.				
16. No lo llaman por el nombre.				
17. Se muestran respetuosas (os) con sus creencias y				

valores				
18. Atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación, alimentación), oportunamente.				
19. Le proporcionan información oportuna y suficiente para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.				
20. El personal de enfermería está pendiente de usted.				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.				
22. Responden con lentitud al llamado.				
23. Identifican sus necesidades de tipo: físico, psicológico y espiritual.				
24. Le escuchan atentamente.				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.				
26. Su cuidado es cálido y delicado.				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico.				
28. Su cuidado es responsable.				
29. Respetan sus decisiones.				
30. Le animan para que las(os) llame en caso de que necesite algo.				
31. No respetan su intimidad				
32. Le administran el tratamiento prescrito a tiempo.				

En este punto señale aquellos comportamientos de la enfermera que a su modo de ver son importantes para su cuidado y, que no se mostraron en la encuesta. Utilice el espacio que crea conveniente.

GRACIAS

Instrumento elaborado y validado por Sonia Espitia, Álvaro Triana y Luz Nelly Rivera. Departamento de Enfermería, Clínica del Country. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia, 2010.

10.2. ANEXO 2: CATEGORÍAS INSTRUMENTO PCHE.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	ITEMS RELACIONADOS
<i>Dar apoyo emocional</i>	Esta categoría comprenden acciones de cuidado de enfermería que trascienden al contacto físico. Hace referencia a la presencia intencional del/la enfermero(a) por <i>ad-mirar</i> , escuchar y reaccionar ante la singularidad de cada ser humano, generando relaciones intersubjetivas inspirada en valores como la confianza y el amor. Esta presencia de la/el enfermera(o) es un sentir con/en el otro, es un «estar ahí», es una disponibilidad y preocupación inefable por la otra persona.	6. <i>Cuando se dirigen a usted se siente cuidado(a)</i>
		7. <i>La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo(a).</i>
		8. <i>El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza.</i>
		25. <i>Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.</i>
		26. <i>Su cuidado es cálido y delicado.</i>
		21. <i>Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento.</i>
<i>Dar apoyo físico</i>	Esta categoría comprende acciones de cuidado de enfermería relacionadas con el contacto físico, inspiradas en un tacto delicado y sutil que logra preservar la dignidad del otro. Manifestada en acciones de cuidado sencillas y significativas como el mirar, tomar de la mano, cubrir las necesidades físicas, ayudar a manejar del dolor y la comodidad física de la persona cuidada.	3. <i>Muestran interés por brindarle comodidad física.</i>
		4. <i>Cuando le hablan no lo miran a los ojos</i>
		18. <i>Atienden sus necesidades básicas (baño, eliminación y alimentación) oportunamente.</i>
		27. <i>Le ayudan a manejar su dolor físico.</i>
<i>Empatía</i>	Esta categoría comprende acciones de cuidado de enfermería con carácter dialéctico que permiten a la/el enfermera(o) comprenderse a sí misma(o) y a el otro en la experiencia vivida en el cuidado de enfermería. Sus principales elementos son la escucha activa, el dialogo, la presencia, la comprensión, el ponerse en el lugar del Otro y el apoyo durante la expresión de sentimientos. Establecer una relación de cercanía y de respeto por el otro como sujeto único y, de igual manera que en el apoyo emocional, es un sentirse	9. <i>Facilitan el dialogo.</i>
		12. <i>El personal de enfermería no informa su nombre antes de realizarle los cuidados.</i>
		15. <i>El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados.</i>
		24. <i>Le escuchan atentamente.</i>

	cuidado en la totalidad del ser.	
<i>Cualidades del hacer de la/el enfermera(o)</i>	Esta categoría refleja las cualidades y valores que caracterizan la práctica de enfermería, como son: la disponibilidad para el otro, el trato cordial, la identificación de las necesidades de cuidado, la explicación anticipada de los cuidados, la educación oportuna y suficiente para el promover y potenciar el autocuidado, la abogacía, la responsabilidad y el compromiso. Acciones de cuidado implícitas en una práctica de enfermería experta, reflexiva y crítica.	<i>2. Son amables en el trato</i>
		<i>5. Toman tiempo para aclararle las inquietudes.</i>
		<i>10. Olvidan explicarle anticipadamente los procedimientos.</i>
		<i>14. Dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna.</i>
		<i>22. Responden con lentitud al llamado.</i>
		<i>23. Identifican sus necesidades de tipo: físico, psicológico y espiritual.</i>
		<i>28. Su cuidado es responsable.</i>
<i>Proactividad</i>	Esta categoría comprende acciones de la/el enfermera(o) con una alta abogacía y disponibilidad hacia el otro para darle la información oportuna, clara y suficiente a la persona cuidada y a su familia acerca de su estado de salud para puedan tomar decisiones sobre el cuidado de sí, a responder preguntas en un lenguaje comprensible, a explicarle los procedimientos, a dar orientaciones preventivas y promotoras del cuidado de la salud y a hacerlo más participe en su proceso de recuperación	<i>32. Le administran el tratamiento prescrito a tiempo.</i>
		<i>11. Responden a sus preguntas con seguridad.</i>
		<i>13. Le dedican el tiempo necesario.</i>
		<i>19. Le proporcionan información oportuna y suficiente para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.</i>
		<i>20. El personal de enfermería está pendiente de usted.</i>
		<i>30. Le animan para que las(os) llame en caso de que necesite algo.</i>
<i>Priorizar al ser cuidado</i>	Esta categoría trae implícitamente la valorización del ser cuidado como sujeto único, co-participe en la experiencia del cuidado de enfermería, donde hay un respeto por su subjetividad, es decir, un respeto a sus creencias, sus valores, su lenguaje, sus normas, sus formas de ser/estar en el mundo, sus decisiones e intimidad. Donde su calidad de persona se conserva mediante la identificación por el nombre.	<i>1. Le hacen sentir como ser humano.</i>
		<i>16. No le llaman por el nombre.</i>
		<i>17. Se muestran respetuosas(os), con sus creencias y valores.</i>
		<i>29. Respetan sus decisiones.</i>
		<i>31. Irrespetan su intimidad.</i>

10.3 ANEXO 3: ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Encuesta Usuarios Hospitalizados Servicio de Medicina Interna HBV.

Nombre Usuario: _____

Nombre Tutor Legal: _____ parentesco _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Edad: _____ años.

Diagnóstico de motivo de ingreso / pronóstico: _____ / _____

Nº días de hospitalización: _____ días.

Procedencia: Lugar _____ Región _____ Urbano ___ Rural ___

Nivel de escolaridad (último curso aprobado): _____

Previsión: FONASA A ___ B ___ C ___ D ___ ISAPRE: ___ Particular: ___ FFAA ___ Otra

(Cual): _____

Religión que profesa: _____ Etnia: _____

Fecha

Firma encuestado (o tutor).

Estudiante que aplica la encuesta: _____ Firma Estudiante: _____

10.4 ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: “Percepción de cuidado humanizado en el Servicio de Medicina Adulto del Hospital Base Valdivia, primer semestre 2014”.

Investigadores Responsables:

Profesora Patrocinante: Ida Elizabeth Flores González, Enfermera. Edificio Ciencias del Cuidado en Salud, 3° piso. Universidad Austral de Chile. Fono: (63) 221132 – Fax: (63) 213352; e – mail: idaflores@uach.cl

Tesistas:

Paulina Miranda Castillo, Estudiante quinto año de enfermería, Universidad Austral de Chile.

Fono: +56981844471 Email: paulina.miranda.c@gmail.com

Pablo Monje Vera, Estudiante quinto año de enfermería, Universidad Austral de Chile.

Fono: +56988345656 Email: hurtapablo@hotmail.com

Jessica Oyarzún Gómez, Estudiante quinto año de enfermería, Universidad Austral de Chile.

Fono: +56989925478 Email: jessoyarzung@gmail.com

Revisado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valdivia y autorizado por Dra. Ginette Grandjean.

Se me ha informado que se está ejecutando un estudio cuyo objetivo es determinar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados en el sub-departamento de Medicina Interna del HBV, del cuidado humanizado que otorgan los profesionales de enfermería y los factores relacionados, dentro de los cuales se encuentran; Sexo, previsión, religión, etnia, nivel de escolaridad, procedencia, diagnóstico/pronóstico, edad, N° de días de hospitalización, años de estudio, durante el primer semestre del año 2014.

Dado que cumplo con las características y requisitos de incorporación al estudio, se me ha solicitado aprobación y consentimiento para participar.

Mi participación consistirá en responder dos encuestas, la primera de percepción del cuidado Humanizado en enfermería y una segunda de Encuesta Usuarios Hospitalizados Servicio de Medicina Interna HBV.

Se me ha explicado que la incorporación al estudio no implica riesgos ni costos y que mi participación, es absolutamente libre y voluntaria. De manera que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones, sin derivar esto en ninguna sanción ni menos aún, provocar un menoscabo en la atención que recibo o que necesite a futuro yo o la persona a la que cuido.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda información obtenida de datos y resultados de las evaluaciones será manejada con reserva y sólo para los fines de esta investigación, por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar al investigador responsable cuyo teléfono y dirección se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, _____ he sido informada(o)
(Nombre del paciente/tutor)

Por el Sr./Sra./Srta. _____ respecto al estudio
(Nombre de la persona que aplica el consentimiento)

Quien ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar No aceptar , mi participación en el estudio.

Firma del paciente/tutor

Firma persona que aplica el consentimiento

10.5 ANEXO 5: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA (PCHE).

ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL

Instrumento: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry.

Con el presente acuerdo las(os) receptoras(es) del INSTRUMENTO: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry.

Reciben autorización para su uso en la Investigación: **“Percepción de cuidado humanizado en el Servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, primer semestre 2014”**-por parte de los autores del mismo de acuerdo con los parámetros abajo pactados:

1. El Instrumento: **“Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry”**, se realiza bajo el auspicio del Departamento de Enfermería de la Clínica del Country, Bogotá-Colombia y de autoría de los enfermeros Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana.

2. Las(os) receptoras(es) del instrumento, tesis: Paulina Miranda, Jessica Oyarzún, Pablo Monje y Enfermera Patrocinante: Elizabeth Flores, se comprometen a citar el origen del Instrumento **“Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry”** en cualquier informe, publicación o evento en el que se utilice.

3. El instrumento: **“Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry”**, es cedido con el propósito académico e investigativo, y excluye cualquier utilización comercial.

4. Cualquier modificación en el instrumento: **“Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry”** debe ser autorizado por los autores del instrumento.

5. Los resultados del uso del instrumento: **“Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Clinicountry”**, serán entregados de forma escrita y detallada, al finalizar la investigación, **“Percepción de cuidado humanizado en el Servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, primer semestre 2014”**, a los autores del instrumento.

6. La firma de este documento compromete ética y legalmente a las partes.

Dado en Bogotá, el 04/ 03/ 2014

Firman en conformidad:

En calidad de autores:

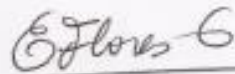
LUZ NELLY RIVERA ALVAREZ

Profesora asociada Facultad de enfermería Facultad de enfermería

Universidad Nacional de Colombia

ALVARO TRIANA
Enfermero jefe Clínica del Country
Bogotá-Colombia

En calidad de investigadores:



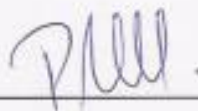
Nombres y apellidos: Elizabeth Flores
Documento de identificación: N° 8.254.718-5
Docente Patrocinante de tesis
Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina
Valdivia, Chile



Nombres y apellidos: Paulina Miranda
Documento de identificación: N° 16.872.030-0
Tesisista de Carrera de Enfermería
Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina
Valdivia, Chile



Nombres y apellidos: Jessica Oyarzún
Documento de identificación: N° 17.649.389-5
Tesisista de Carrera de Enfermería
Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina
Valdivia, Chile



Nombres y apellidos: Pablo Monje
Documento de identificación: N° 17.648.931-6
Tesisista de Carrera de Enfermería
Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina
Valdivia, Chile