

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



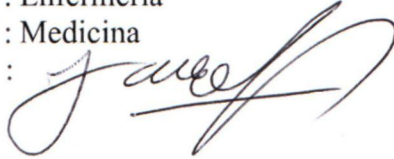
CUIDADO HUMANIZADO EN UNIDADES DE ATENCIÓN DE PACIENTE CRÍTICO

Tesis presentada como
requisito para optar al
grado de “Licenciado
en Enfermería”.

**Sergio Figueroa Zencovich
Susana González Venegas
Nelson Pizarro Inostroza
VALDIVIA-CHILE
2015**

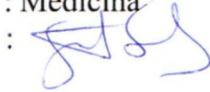
Profesor Patrocinante:

Nombre : Vinka Yuseff Contreras
Profesión : Enfermera
Grado : Magister en Enfermería, Mención Gestión del Cuidado
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

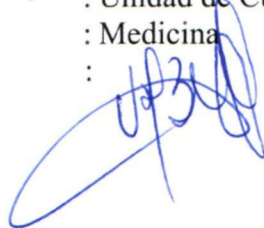


Profesores Informantes:

Nombre : Gustavo Sanhueza Ríos
Profesión : Enfermero
Grado :
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :



Nombre : Valeria Brandago Ulloa
Profesión : Enfermera
Grado :
Instituto : Unidad de Cuidados Intensivos Adulto (UCIA)
Facultad : Medicina
Firma :



ÍNDICE

1.	RESUMEN	iii
2.	SUMMARY.....	iv
3.	INTRODUCCIÓN	1
4.	MARCO TEÓRICO	2
5.	OBJETIVOS	9
5.1.	OBJETIVO GENERAL	9
5.2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
6.	METODOLOGÍA	10
6.1.	DISEÑO DE ESTUDIO	10
6.2.	DISEÑO MUESTRAL	10
6.3.	RECOLECCIÓN DE DATOS	10
6.4.	ANÁLISIS DE DATOS	11
7.	RIGOR ÉTICO	13
7.1.	VALIDEZ CIENTÍFICA	13
7.2.	SELECCIÓN EQUITATIVA DE LOS PARTICIPANTES	13
7.3.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	13
7.4.	RESPECTO POR LOS PARTICIPANTES	13
8.	RIGOR METODOLÓGICO	15
8.1.	CREDIBILIDAD	15
8.2.	AUDITABILIDAD	15
8.3.	APLICABILIDAD	15
8.4.	CONSISTENCIA LOGICA	15
9.	PROYECCIONES	16
10.	RESULTADOS	17
11.	DISCUSIÓN	27
12.	CONCLUSIÓN	30
13.	REFERENCIAS	32

1. RESUMEN

Los cambios en el contexto de la salud en los últimos años han generado fuertes cuestionamientos relacionados con la humanización en la atención de la persona enferma, fomentando el interés por profundizar en este tema ya que existen diversas perspectivas y formas de concebirlo ⁽¹⁾. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que estas aproximaciones, en su mayoría, han sido teóricas y se han enfocado en una definición conceptual de esta temática, sin abordar otras áreas relacionadas por ejemplo, motivación, liderazgo, actitudes, formas de intervención. Por lo anterior, se podría decir que no hay suficientes estudios sobre la materia y por ello nos parece totalmente pertinente asegurar la continuidad del estudio de esta temática.

Objetivo

Determinar el significado que le otorga el profesional de enfermería y usuarios a la práctica del cuidado humanizado en unidades críticas adulto (UTI- UCI) del Hospital Base Valdivia, durante el primer semestre de 2015.

Metodología y Diseño

El estudio se realizará utilizando metodología cualitativa descriptiva y de carácter transversal, con un enfoque o diseño fenomenológico. El muestreo se obtendrá por conveniencia, seleccionando a enfermeros/as que desempeñen acciones de cuidado en unidades críticas adulto (UTI-UCI) del Hospital Base Valdivia y a usuarios con un tiempo de hospitalización mayor a 24 horas que hayan sido atendidos por estos profesionales, en el transcurso del primer semestre de 2014. La recolección de los datos se ejecutará por medio de entrevista semi- estructurada, considerando para esto, la inclusión de todos los sujetos de estudio que sean necesarios para obtener la saturación de la información.

2. SUMMARY

Changes in the context of health in recent years have generated strong criticism related to the humanization in the care of the sick person, encouraging further interest in this topic because there are different perspectives and ways of conceiving ⁽¹⁾. However, it is necessary to note that these approaches, most have been theoretical and have focused on a conceptual definition of this subject, without addressing other related for example, motivation, leadership, attitudes, forms of intervention areas. Therefore, one could say that there are not enough studies on the subject and so it seems entirely appropriate to ensure the continuation of the study of this subject.

3. INTRODUCCIÓN

Los cambios en el contexto de la salud en los últimos años han generado fuertes cuestionamientos relacionados con la humanización en la atención de la persona enferma, fomentando el interés por profundizar en este tema ya que existen diversas perspectivas y formas de concebirlo ⁽¹⁾. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que estas aproximaciones, en su mayoría, han sido teóricas y se han enfocado en una definición conceptual de esta temática, sin abordar otras áreas relacionadas, por ejemplo, motivación, liderazgo, actitudes, formas de intervención. Por lo anterior se podría decir que no hay suficientes estudios sobre la materia y por ello parece totalmente pertinente asegurar la continuidad del estudio de esta temática.

La atención humanizada ha demostrado ser un factor determinante en el abordaje integral de la salud de las personas. Por otro lado y en contrapartida a lo anterior, las dinámicas poco humanizadas han evidenciado un impacto nocivo en la ejecución de acciones en salud y en el proceso de atención que brinda el personal de salud en pro del bienestar y satisfacción de las necesidades de pacientes y/o usuarios de las Unidades de Atención Crítica ⁽¹⁾.

En relación al valor social, una atención humanizada favorece la satisfacción, acogida y bienestar integral de los pacientes, acompañantes y profesional de enfermería que tienen relación directa con el proceso de atención y acciones sanitarias a disposición de estos en la praxis cotidiana ⁽¹⁾.

Se hace relevante abordar este tema de investigación en unidades de paciente crítico como la Unidad de Tratamientos Intermedios (UTI) y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ya que a pesar de ser un servicio de alta demanda y exigencia para el profesional de enfermería, goza de tener alto nivel de satisfacción usuaria ⁽²⁾, siendo interesante profundizar en el valor que le asignan al trato humanizado, por parte de profesionales como usuarios y de qué forma convergen para lograr el éxito en esta relación enfermera (o) / paciente.

4. MARCO TEÓRICO

La atención sanitaria desarrolla acciones de cuidado en estrecha cercanía a la persona y pone a su disposición herramientas destinadas a salvaguardar sus bienes más preciados: la vida y la salud. Es por esto que el cuidado humanizado representa la expresión más noble, honorable y dignificante de la entrega de un servicio a la altura y medida de la persona que lo necesite ⁽³⁾.

La humanización hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual, mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia ⁽¹⁾. Es así como este concepto se entrelaza fuertemente con las interrelaciones que se establecen al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal sanitario vinculado a su atención.

La humanidad es un dictado del sentido común y del buen juicio, nos obliga a anticiparnos al efecto de nuestras acciones, nos incita al diálogo, principal vehículo que transmite sus virtudes, y a traducir en gestos y palabras los sentimientos compasivos. Sin cordialidad, ni simpatía, la humanidad no existe. El punto de partida del trato humano es la convicción de quien debe prodigarlo sustentando en su actuar la aspiración de cómo queremos ser tratados, porque la humanidad, aunque tiene un fundamento racional, se expresa con afecto, nace de la comprensión de que el ser humano es sensible y sujeto al sentimiento y se traduce en comportamientos responsables, afectuosos, rectos, amables, indulgentes, tolerantes, amistosos, agradecidos, respetuosos, comprensivos, sinceros, humildes, serviciales, generosos, honrados, justos, veraces, diligentes y prudentes ⁽³⁾.

Por otro lado, la despersonalización o deshumanización como concepto ha sido poco delimitado. Bresco ⁽⁴⁾ lo define como: “la pérdida de atributos humanos”. Mientras que para otros representa la pérdida de la dignidad. Si bien, día a día se objetiviza cada vez más nuestra creciente deshumanización como sociedad y como personas aún hay muchos que visualizan y proponen estrategias conciliadoras que subsanen las secuelas sociales de estas conductas ⁽³⁾.

En relación a lo antes mencionado numerosos y disímiles son los fenómenos que a escala global, propician la despersonalización o deshumanización en la asistencia sanitaria contemporánea ⁽³⁾. De este fenómeno creciente han surgido voces tanto en el ámbito médico como en otras disciplinas que ponen en evidencia la necesidad de ampliar la mirada acerca del concepto de hombre y salud, y considerar que la interrelación funcionario de la salud-usuario es un factor crucial en el proceso de atención ⁽⁵⁾.

A pesar de las situaciones adversas que en materia de humanización se identifican en las instituciones de salud, existen intervenciones dirigidas a promover una cultura basada en valores humanos, en donde la prioridad sea el crecimiento personal e institucional. Para ello primero, es necesario humanizarse, antes de pensar en humanizar a los demás y reconocer los propios valores que permiten actuar en función de quien lo necesita ⁽¹⁾.

En relación a lo anterior, se han propuesto múltiples estrategias de intervención con el objetivo de gestar y promover en el personal clínico, rasgos actitudinales que impacten en pro del bienestar del paciente y su familia a través del empoderamiento y difusión de los principios éticos que rigen un buen actuar en la praxis del cuidado ⁽¹⁾.

Ante el riesgo de deshumanización que hoy existe, influenciado por las variaciones en el comportamiento del ser humano y así también por la reestructuración de los Sistemas en Salud, se hace necesario ir al recate de la esencia del individuo en la parte clínica y transpersonal por parte de los profesionales de Enfermería ⁽⁶⁾.

Margaret Jean Watson ⁽⁷⁾, pionera en el estudio del cuidado humanizado, sentó las bases teóricas de éste, que hoy rigen la disciplina del Cuidado de Enfermería. Para Rivera y Triana ⁽⁶⁾ “el aporte conceptual de esta teoría como la relación transpersonal, la fenomenología y el cuidado como esencia de la práctica de enfermería, moviliza al paciente hacia la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador”. Así también Suêda, de Oliveira y da Silva ⁽⁸⁾, refieren que “sus supuestos teóricos establecen que el cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento individual y familiar, y que sólo puede ser practicado de forma interpersonal”.

Esta teoría basada en siete supuestos básicos, de donde se determinan 10 factores curativos (FC) o caritativos de los cuidados que según los autores ⁽⁶⁾, las sugieren como: “influencias y valores que se enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir y la importancia de una relación interpersonal entre paciente y enfermera”, en donde “el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí” ⁽⁹⁾.

Urra M, E. Jana A, García M. ⁽⁹⁾ refieren en su artículo que “el cuidado está destinado a satisfacer necesidades humanas”. Así también “el cuidado efectivo promueve la

salud y crecimiento personal y familiar (...), la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente (...). Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso”⁽⁹⁾.

El profesional de enfermería es quien debe desarrollar todas estas habilidades en pro de la atención que brinda tanto así, tomando una participación central en el camino de la recuperación de las personas que sufren, en donde el “individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica”⁽⁹⁾.

Sobre los factores expuestos, que cumplen el propósito de delimitar lo que es el cuidado profesional e integrar una mirada holística hacia el paciente, convergen en la formación de un sistema humanístico – altruista de valores. Éste incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes⁽⁷⁾.

1. Inculcación de la fe-esperanza:

Se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo⁽⁷⁾.

2. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás:

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto-actualización a través de la auto-aceptación, tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás⁽⁷⁾.

3. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza:

El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz⁽⁷⁾.

4. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos:

La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás ⁽⁷⁾.

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

El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado ⁽⁷⁾.

6. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal:

Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal ⁽⁷⁾.

7. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual:

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo ⁽⁷⁾.

8. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas:

La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente ⁽⁷⁾.

9. Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas:

Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud ⁽⁷⁾.

Posteriormente establece conceptos que son la base de su teoría, resalta en ellos la “**Interacción enfermera- paciente:** La idea moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad Humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimientos, acciones de cuidar y consecuencias ⁽⁶⁾. Ella conceptualiza el cuidado como “un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente)” ⁽⁶⁾. Señalando que éste “se inicia cuando la enfermera entra en **el campo fenomenológico del paciente** (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición de ser del paciente (alma y espíritu)” ⁽⁶⁾.

Los autores Rivera y Triana ⁽⁶⁾ mencionan un tercer concepto de esta teoría, el que es ampliamente destacado en sus artículo, “**el cuidado transpersonal** es la unión espiritual entre dos personas, que trasciende de persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno. Esta transcendencia permite a ambos; enfermera- paciente entrar en el campo fenomenológico del otro”. Watson refiere que el cuidado transpersonal se caracteriza por: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, el conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto .

La importancia en la aplicabilidad de esta Teoría, en el quehacer y en la entrega de acciones en el cuidado por parte del profesional de enfermería, como nos indican Urra, Jana y García ⁽⁹⁾ radica en que “la enfermera, es responsable de ofrecer condiciones para que el paciente/ usuario resuelva sus propios predicamentos. Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida, y esto es válido para los individuos enfermeras/os, ya que confrontan su forma de estar en el mundo ante un evento que es la enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad”.

Por lo tanto “personalizar los cuidados es, en buenas cuentas, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población. La generalización tiende a neutralizar los sujetos, a masificarlos y, además, a no obtener buenos resultados” ⁽⁹⁾.

La ejecución de los cuidados, no solo es una obligación profesional y ética de las enfermeras, sino que se encuentra bajo un marco legal y se han dispuesto normas estrictas que se aplican sobre la práctica profesional y velan por el buen uso del capital humano, siendo como profesionales, instrumentos del Estado para la ejecución de los mismos, transformándolo en un derecho inalienable para el usuario ⁽¹⁰⁾.

A pesar de lo menesteroso del rol, recién en diciembre de 1997, el parlamento de la época modifica el código sanitario, entregando a los profesionales de enfermería “la gestión del cuidado en lo relativo a la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente” ⁽¹¹⁾. Sin embargo, aún no había una definición legal que abarcara el significado de la gestión del cuidado, ni mucho menos los alcances, los cuales en muchos ámbitos eran vagos y poco claros, siendo el trato humanizado una responsabilidad individual de cada profesional como parte de esa misma gestión, dejándolo a su propia conciencia ⁽¹²⁾.

No fue sino hasta el año 2007 que a través de la Resolución General N°19 ⁽¹³⁾, se logra definir la gestión del cuidado “como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar, se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución”. También en esta ocasión se definen las normas que rigen esta disciplina, obligaciones y deberes en la aplicación de los cuidados, a través de la implementación del “Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería”, en hospitales de mediana y alta complejidad.

A pesar de este gran avance, todavía yacían lejanos los fundamentos bioéticos que abarcaran la humanización de dichos cuidados desde un marco legal, aun cuando en 1953, el Consejo Internacional de Enfermeras crea el Código Deontológico Internacional para la Profesión de Enfermería ⁽¹⁴⁾, adoptando pautas en virtud de la humanización de los cuidados y señalando los deberes del rol de enfermería.

Este código se ha reafirmado en varias ocasiones, y ha tenido muy pocas modificaciones en el tiempo, señalando 4 deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, también desarrolla los derechos de credo, raza, ideología, religión o identidad sexual, y otros más básicos como el respeto y el trato digno ⁽¹⁴⁾.

El objetivo de este código es desarrollar el rol de enfermería en base a la gestión del cuidado y todo lo que ello significa, tratando al paciente como un ser holístico, a través de la

empatía y el análisis crítico, aplicando todas las herramientas disponibles en el cumplimiento de estos 4 deberes básicos. El paciente puede ser tanto un individuo como una comunidad, y es nuestra obligación moral como gestores y administradores sanitarios, el velar por el cumplimiento y resguardo de sus derechos, no solo mediante la práctica profesional, también gestionando la participación de otras áreas profesionales, en pro de la aplicación del cuidado humanizado, tomando en cuenta las múltiples necesidades del ser humano y que la salud no solo es física, sino también mental y espiritual ⁽¹⁴⁾.

El último avance sustancial en nuestro país desde el ángulo legal, ha sido la creación de una ley de Deberes y Derechos del Paciente ⁽¹⁵⁾, otorgándoles humanidad en la entrega sanitaria, a través de un trato digno, acceso a salud, atención oportuna, respeto a su idiosincrasia, protección y resguardo, acceso a información, entre otras. Su función es proteger a usuario del propio sistema, evitar que se vulneren sus derechos y entregar una mejor atención. Esta ley no solo requiere del compromiso de todos quienes trabajan en el área, tanto profesionales como funcionarios, sino que, al ser nuestro deber la gestión del cuidado, es el profesional de enfermería quien esta moralmente obligado a observar por el cumplimiento de dichos derechos ⁽¹⁶⁾.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el significado que le otorga el profesional de enfermería y usuarios a la práctica del cuidado humanizado en unidades críticas Adulto (UTI- UCI) del Hospital Base Valdivia, durante el primer semestre de 2015.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Indagar los factores determinantes que inciden en la humanización de los cuidados para profesionales y familiares de los pacientes. .
- b) Identificar la importancia o trascendencia de los cuidados humanizados en la percepción del profesional de enfermería y familiares de los pacientes..
- c) Describir cómo afecta personal y laboralmente a los profesionales la percepción de humanización y/o deshumanización de los cuidados que brindan.
- d) Describir cómo afecta personal y familiarmente a los usuarios la percepción de humanización y/o deshumanización de los cuidados que les otorgan.
- e) Contrastar el significado que otorgan los profesionales de enfermería y familiares de los pacientes a la práctica del cuidado humanizado.

6. METODOLÓGICA

6.1. DISEÑO DE ESTUDIO.

La trayectoria a utilizar será la fenomenológica, ya que esta se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes.⁽¹⁶⁾

Esta trayectoria es la que más se ajusta porque lo que se pretende en esta investigación es describir y entender el fenómeno desde el punto de vista de cada participante y analizar sus discursos en la búsqueda de sus posibles significados.

6.2. DISEÑO MUESTRAL.

El estudio se realizará utilizando metodología cualitativa descriptiva y de carácter transversal, con un enfoque o diseño fenomenológico. El muestreo se obtendrá por conveniencia, seleccionando a enfermeros/as que desempeñen acciones de cuidado en unidades críticas adulto (UTI-UCI) del hospital base Valdivia y a usuarios con un tiempo de hospitalización mayor a 24 horas que hayan sido atendidos por estos profesionales, en el transcurso del primer semestre de 2015. La recolección de los datos se ejecutará por medio de entrevista semi-estructurada, considerando para esto, la inclusión de todos los sujetos de estudio que sean necesarios para obtener la saturación de la información.

6.3. TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

El método escogido para recolectar información es la entrevista en profundidad (grabada). La cual consiste en una entrevista abierta y extensa con respaldo digital aplicada a un experto en el tema de estudio y que tiene por objetivo conseguir información de calidad sobre la temática seleccionada, con el fin de tener la visión de informantes clave, obteniendo así un conocimiento completo y profundo del tema en estudio⁽¹⁷⁾. El entrevistador lleva un guion a través del cual va abordando las temáticas de principal interés para la investigación dando la oportunidad al entrevistado de exponer su percepción acerca del tema planteado. Durante el transcurso de la entrevista, el entrevistador puede hacer uso de recursos como: cambio de tema, recapitulaciones, aclaraciones, silencios, reafirmar o repetir, entre otros, para

redirigir y/o retomar un tema de interés sugerido por el entrevistado, previamente seleccionado y pautado en el guion del entrevistador ⁽¹⁸⁾.

6.4. ANÁLISIS DE DATOS.

El método a utilizar será la reducción fenomenológica, la cual consta de las siguientes etapas:

a) Transcripción de la entrevista:

En esta primera etapa se transcribirán las entrevistas de forma textual a como responde el entrevistado/a incluyendo las preguntas.

b) Identificar las unidades de significado:

Esta segunda etapa consistirá en subrayar y numerar las unidades de significado luego de una lectura metódica de toda la entrevista.

c) Reducción fenomenológica:

En esta tercera etapa se procederá a “limpiar” las unidades de significado, quitando conectores o palabras que carezcan de significado dentro de la entrevista manteniendo siempre lo esencial en las respuestas del entrevistado/a.

d) Identificación de convergencias:

Como cuarta etapa consistirá en buscar temas convergentes en la entrevista ya reducida.

e) Interpretación de unidades de significado:

En esta quinta etapa las convergencias serán interpretadas en párrafos de acuerdo a los temas que aparezcan, donde se describirá la percepción del entrevistado respecto al tema en estudio.

f) Análisis ideográfico:

Esta última etapa consistirá en extraer lo esencial o más importante extraído de las entrevistas.

7. RIGOR ÈTICO

7.1. VALIDEZ CIENTÍFICA.

La propuesta de investigación cuenta con un marco teórico sólido sustentado en una amplia revisión bibliográfica y una metodología de investigación coherente con el problema y necesidad social planteada, revisada y corregida por profesionales de enfermería expertos.

7.2. SELECCIÓN EQUITATIVA DE LOS PARTICIPANTES.

Los criterios de selección de los sujetos de estudio han sido establecidos minuciosamente con fines netamente científicos salvaguardando la proporción de riesgo beneficio asociada a todo tipo de investigación con humanos, maximizando los beneficios potenciales individuales y sociales que estos pudiesen obtener, a partir de la ejecución del estudio.

7.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento informado elaborado, asegura que los individuos partícipes de la investigación propuesta, lo hagan voluntariamente y con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad y de forma libre sobre si participar o no de la investigación propuesta. Las temáticas específicas, incluidos aluden a la provisión de información sobre la finalidad, riesgos, beneficios y las alternativas a la investigación, y en la investigación.

7.4. RESPETO POR LOS PARTICIPANTES.

Los requisitos éticos para la investigación cualitativa no concluyen cuando los individuos hacen constar que aceptan participar en ella. El respeto a los sujetos implica varias cosas: a) el respeto incluye permitir que el sujeto cambie de opinión, a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses o conveniencias, y a retirarse sin sanción de ningún tipo; b) la reserva en el manejo de la información debe ser respetada con reglas explícitas de confidencialidad; c) la información nueva y pertinente producida en el transcurso de la investigación debe darse a conocer a los sujetos inscritos; d) en reconocimiento a la

contribución de los sujetos debe haber un mecanismo para informarlos sobre los resultados y lo que se aprendió de la investigación; y e) el bienestar del sujeto debe vigilarse cuidadosamente a lo largo de su participación y, si es necesario, debe recibir las atenciones necesarias incluyendo un posible retiro de la investigación.

8. RIGOR METODOLÓGICO

8.1 CREDIBILIDAD.

La información proporcionada, una vez procesada analíticamente, se presenta al informante y se revisa si la entrevista mantiene la esencia de lo que el entrevistado pretendía comunicar. El informante es quien finalmente valida su propia entrevista, de forma que se hace necesario que el investigador vuelva al informante para revisar y corregir de forma conjunta los errores o sesgos interpretativos que puedan haber ⁽²⁰⁾.

8.2 AUDITABILIDAD.

Permite que otros investigadores puedan revisar las entrevistas y procesos de análisis, a través de los registros, ya sean grabaciones de audio o transcripciones. De esta forma, si el estudio está correctamente desarrollado, los investigadores debieran llegar a las mismas conclusiones o resultados ⁽²⁰⁾.

8.3 APLICABILIDAD.

Los resultados de la investigación debieran poder ser transferibles a otros grupos o comunidades en similares circunstancias o contextos, permitiendo la proyección de estas experiencias sobre otras poblaciones con tales características ⁽²⁰⁾.

8.4 CONSISTENCIA LÓGICA.

Es el hecho de que dos o más investigadores, recolectando datos similares, debieran llegar a resultados convergentes, demostrando la coherencia del estudio ⁽²⁰⁾.

9. PROYECCIONES

Lo trascendental de este estudio para la práctica del quehacer profesional de enfermería, radica en realzar el valor de la Gestión del Cuidado Humanizado en pacientes de unidades críticas y en los usuarios de éstas, quienes toman real protagonismo en el tratamiento y recuperación de los pacientes. Junto con ello, entender como es capaz de comunicarse con el usuario, identificar sus necesidades y ejecutarlas de forma humanizada, tener en conocimiento que es lo que él espera del profesional de enfermería que aseguren la continuidad de la atención durante el proceso de enfermedad y posterior recuperación, de esta forma poder ejercer los cuidados de forma holística.

A la luz de este estudio se podría analizar cómo se genera la comunicación recíproca que permite un nivel de satisfacción en el usuario y que se refleja en los parámetros de calidad de dichos servicios. Se espera que sea sustento para que otros investigadores puedan desarrollar herramientas que permitan extrapolar estas experiencias a otros servicios mejorando la relación enfermero/paciente, optimizando así la Gestión de los Cuidados Humanizados a través del análisis de las necesidades de los usuarios.

Se considera que estos datos podrían incentivar a futuros profesionales a entender las necesidades de los usuarios, más allá de la práctica biomédica, desarrollando la empatía y la comunicación, a fin de poder ejercer una mejor labor y ejecución de la humanización, entendiendo íntegramente sus necesidades biopsicosociales, tanto del paciente como de sus familiares, quienes muchas veces tienen un rol activo como cuidadores o red de apoyo para la recuperación o los cuidados de estos.

10. RESULTADOS

Tanto para los profesionales de UCI como de UTI, el cuidado humanizado abarca muchos más aspectos que los tecnicismos propios de la práctica. Según estos, el cuidado humanizado involucra un contacto físico y espiritual, dónde los profesionales establecen un vínculo de cuidado hacia el paciente y su familia.

“El cuidado humanizado no es solamente enfocarse a lo técnico, sino preocuparse de todo el ámbito humano también. Hablar con el paciente, tocarlo, asistirlo y en sus dudas en sus miedos, eso es un cuidado humanizado y lo mismo a la familia” (UCI 1).

“La práctica del cuidado humanizado en unidades de esta característica es bastante importante ya que estamos atendiendo a seres humanos que sienten física y espiritualmente, y que además representan la preocupación de una familia entera” (UTI 2).

“El cuidado humanizado es prioritario en todas unidades, porque las máquinas pueden hacer todo, pero no necesariamente bien hecho, puede estar todo programado, pero, sino me fijo en el paciente, su reacción,. Su lenguaje no verbal todo se va al tacho de la basura” (UTI 1).

Además señalan que, el cuidado humanizado representa una atención personalizada y no estandarizada con un enfoque biopsicosocial en la práctica del cuidado.

“Creo que el cuidado humanizado tiene que ver con personalizar la atención, uno no tiene que tener un prototipo de plan de atención que sea igual para todos los pacientes” (UCI 2).

“No existe un paciente al que le tenga que dar un cuidado más humanizado que a otro. Todo los pacientes necesitan el mismo manejo biopsicosocial” (UTI 3).

“Ver al paciente en toda su forma como un ser integral, preocuparme de cada necesidad del paciente, siempre viendo al paciente como a una persona no como a una cosa” (UCI 4).

Otro planteamiento de los profesionales es que la enfermería como profesión basa su práctica en la entrega de cuidados humanizados, extendiendo la práctica de éstos hacia el equipo responsable de la entrega de los mismos.

“Nuestra profesión se basa en los cuidados humanizados, ya que la profesión es eso” (UTI 3).

“El trato Humanizado no es sólo hacia el paciente, así que siempre debiera estar tanto hacia el paciente como hacia tu colega” (UTI 1).

Para los sujetos de estudio las experiencias personales son determinantes a la hora de hacer entrega de los cuidados humanizados, destacan que sin la empatía y un cálido actuar, serían incapaces de establecer un vínculo de cuidado que trascienda al plano de una atención cotidiana.

“Si uno no fuera humanizado, sería como una máquina, tomaríamos al paciente como un número, una cama, o un diagnóstico y no te involucrarías. Hay que comunicarse con el paciente, saber cómo está psicológicamente e ir más allá de la enfermedad. Puedes aliviar el estrés psicológico que tienen cuando ingresan” (UTI 2).

“Hay que comunicarse con el paciente, saber cómo esta psicológicamente e ir más allá de la enfermedad, puedes aliviar el estrés psicológico cuando ingresan, es como una terapia psicológica, lo calmas, le subes el ánimo y le entregas buenas vibras” (UCI 5).

“Puede que yo no pueda puncionar a un paciente porque esta choqueado, pero uno está ahí. Te vas a dar cuenta que no necesariamente para un paciente es más importante lo que tú le digas o que estés, sino el lenguaje no verbal va a ser más importante que si tu l haces algún procedimiento” (UTI 1).

El Cuidado Humanizado representa un proceso constante y demandante, con determinantes multifactoriales que inciden directamente en la percepción, entrega y vínculo del Cuidado entre el equipo, pacientes y familiares.

Reforzando lo anterior, según la información proporcionada por los profesionales de la unidad de paciente crítico, el principal factor obstaculizador que incide en la entrega de cuidados humanizados es el perfil y tipo de paciente que se encuentra en este tipo de unidades.

“Acá es más difícil interactuar con las familias y por la condición del paciente. Y lo más difícil es tener un contacto directo con el paciente porque está dormido. (...) Es más fácil humanizar la atención en unidades básicas, donde los pacientes están despiertos, se pueden hacer más actividades con ellos. Acá es mucho más difícil” (UCI 3).

“Los pacientes que arriban a este tipo de unidades están en un estado de cuidado, muchas veces inconscientes o muy instrumentalizados lo que claramente obstaculiza la entrega de los mismos” (UTI 2).

“En una unidad de paciente crítico, las problemáticas y lo que requiere el paciente es de necesidad vital, que no hayan insumos necesarios estresa al personal y claramente que eso repercute el paciente” (UTI 1).

Destaca que tanto los profesionales de UCI como de UTI refieren como factores obstaculizadores en la entrega de cuidados humanizados, la realización de trabajo administrativo, registros, aplicaciones de escalas, supervisiones de indicadores de calidad, gran demanda de aspectos técnicos y numerosos procedimientos que ocupan gran parte del tiempo en donde se podría lograr una atención cercana con los pacientes.

“Lo que te dificulta en la interacción y atención, es que enfermería tiene una sobre carga de papeles que llenar y trabajo administrativo. Registros que te quitan horas del día que pudieras aprovechar de interactuar con los pacientes. Estás presionada que a cierta hora en la mañana tienes que tener los registros listos desde la visita, plan de enfermería, categorizaciones, la revisión completa de tus pacientes, las curaciones” (UCI 3).

“El principal factor que obstaculiza el cuidado humanizado es el tiempo, que acá es relativo, que en algunas oportunidades con suerte creo que sabes quién es tu paciente. Inviertes mucho tiempo en hacer cosas y es por esto que uno no tiene pleno conocimiento de que es lo que pasa con tu paciente” (UCI 2).

En múltiples oportunidades, tanto el equipo de UCI como de UTI enfatizan que el equipo de trabajo responsable de la entrega de cuidados humanos representa un factor determinante en el desarrollo de un vínculo de cuidado efectivo.

”El equipo juega un rol determinante en la entrega de cuidados humanizados” (UTI 2).

“Uno trata de dedicar el tiempo, a hacer las cosas bien, dedicarse al paciente. Cuando es mucha la demanda, uno lo hace más rápido y no se puede preocupar todo lo que uno quisiera” (UCI 4).

“La cohesión y funcionamiento del equipo de trabajo que está a cargo de nuestros pacientes es fundamental, sin una buena relación claramente nuestro centro de cuidado se disociaría en un abanico de acciones sin un fin común” (UCI 2).

A su vez, mencionan que el ambiente laboral también es determinante y crucial en el abordaje de una atención humanizada, desprendiéndose de lo anterior la importancia de un buen clima o ambiente laboral y de la relevancia de aspectos personales en la dedicación y entrega de cuidados.

”Considero que una determinante clara en el abordaje de un cuidado humanizado es el equipo de trabajo” (UTI 3).

“Puede influir el ambiente en que se esté trabajando, que estén las condiciones adecuadas para el equipo. Un personal que no esté cómodo, desconforme, que siente que hay una falta de apoyo, de escucha por parte de los jefes, injusticias por parte del servicio en que trabajan, que no les solucionen sus problemáticas como equipo o personales. Que no exista un espacio cómodo para descanso pasa acá y en todos lados” (UTI 1).

“Si tú te responsabilizas del lugar en que trabajas, vas a poder sacar a delante tu turno, los pacientes y las dificultades. Te pones creativa si faltan materiales. Creo que es una cosa de disposición personal, sino la tienes, se puede trabajar en el equipo. Es relevante la cohesión del equipo de trabajo” (UCI 4).

Es denominador común que la escuela de enfermería y la formación de pregrado sean consideradas como aspectos poco relevantes en un abordaje humanizado, sino más bien estos permiten obtener las herramientas para que la ejecución de estos cuidados sean lo más humanizados posibles.

”Yo creo que los factores que principalmente influyen en los cuidados humanizados son fundamentalmente personales y también influye la escuela” (UCI 1).

“Con respecto a la entrega de cuidados humanizados, puedo decir que depende más de las características personales de cada uno que de la influencia de tu propia universidad, tu

carrera no es la que te va a dar la humanización para atender al paciente, te va a dar las herramientas para que tu como enfermero lo puedas hacer” (UTI 2).

Una de las funciones de los profesionales de enfermería, es manejar el primer encuentro con el paciente y con sus familiares, quienes llegan llenos de temores y aprehensiones, y muchas veces con una actitud negativa, que se vuelca contra el equipo de salud.

“La enfermera debe aliviar el estrés desde el ingreso del paciente, ejecutar terapias y técnicas que permitan tranquilidad y fomenten el ánimo del paciente. Cuando llega el paciente y familiares se genera un vínculo, que se puede ver afectado cuando hay familiares que llegan de forma prepotente” (UCI 3).

“Ellos ven nuestra dedicación, siempre estamos ahí. A la hora de vista tratamos de acercarnos, de preguntar si tienen alguna duda o explicarles cualquier cosa que ellos necesiten, es gratificante ver que los familiares están tranquilos, que ellos se dan cuenta que una se preocupa del paciente” (UCI 4)

Los profesionales señalan también, que este vínculo, normalmente se mantiene durante toda la estadía y se vuelve estrecho, hasta que el paciente abandona el servicio.

“Hay pacientes [o familiares] que a uno lo siguen reconociendo a lo largo de los años, uno los encuentra (...) te saludan y te tratan con mucho cariño” (UCI 3).

“Oh, usted me salvo porque me puso una adrenalina, jamás te van a decir eso, pero sabe usted estaba cuando murió mi mamá, o usted estaba cuando murió equis persona (UTI 1).

Por otra parte, la humanización de los cuidados se sustenta también en factores que facilitan la entrega hacia el paciente y/o familiares. Argumentando lo anterior mencionan que el horario de visita es relevante ya que, permite el acercamiento del equipo de enfermería hacia las inquietudes y necesidades de los familiares.

“El hecho de que en este tipo de unidades las visitas sean restringidas y que cuenten para esto sólo con una hora, hace que nosotros siempre estemos cercanos a los pacientes y a su familia. Pasamos a ser parte de su familia hospitalaria. En este mismo sentido puede que la

atención en este tipo de unidades sea más humanizada porque estamos más tiempo en contacto con los pacientes” (UTI 3).

“Hay pacientes y familiares de pacientes que son de lejos, y el bus para ellos sale una vez al día a las tres de la tarde, entonces no se pueden quedar a las tres de la tarde a la visita y tú los haces pasar, no sé, a las doce o 11 de la mañana, aquí todo es conversable no todo es tan estricto, lo que uno busca es mantener un ambiente lo más humano posible” (UCI 2).

Bajo la percepción de enfermeros y enfermeras, la trascendencia de los cuidados humanizados se sustenta en la satisfacción de pacientes y familiares, una vez establecido el vínculo de cuidados.

Destacan que es de gran importancia la entrega de información continua, estableciendo canales de comunicación efectiva con el objetivo de satisfacer las necesidades de los usuarios, y a su vez disminuir la ansiedad, miedos y aprehensiones ante el proceso de hospitalización.

“Cuando se acerca una persona y te abraza y te dice gracias porque usted estuvo conmigo y tengo buenos recuerdos de eso, es impagable y muy satisfactorio” (UCI 1).

“Es gratificante ver que los familiares están tranquilos, que ellos se dan cuenta que una se preocupa del paciente” (UCI 4).

También hacen referencia que, aquellos pacientes sedados, son capaces de almacenar un gran número de emociones y recuerdos asociados a su proceso de atención.

“Los pacientes aunque estén sedados recuerdan absolutamente todo y te reconocen por la voz. Esa es la trascendencia de un cuidado humanizado” (UCI 1).

“Los pacientes de este tipo de unidades, aunque en ocasiones estén inconscientes, sedados o poco conectados son capaces de sentir y de transmitir a su manera pequeñas señales de mejoría que nosotros con el tiempo hemos sido capaces de percibir” (UTI 2).

Enfatizan la importancia de los cuidados humanizados en este tipo de unidades, y a su vez, destacan que ellos son los responsables de dirigir los cuidados que los pacientes reciben y que estos sean los más humanos posibles.

“La trascendencia de los cuidados humanizados en este tipo de unidades es importante, es determinante que los pacientes sepan quién es su centro de referencia en la entrega de cuidados, nosotros pasamos gran tiempo en la unidad y somos los responsables de dirigir los cuidados que los pacientes reciben y que estos sean los más humanos posibles” (UTI 2).

Tanto enfermeros y enfermeras son responsables de entender y manejar el contexto de pacientes y familias, sin embargo, esto no significa que aquello no les afecte.

El desempeño por parte de los profesionales en unidades de paciente crítico es altamente demandante, sujeto a gran estrés y desgaste emocional asociado a la práctica de los cuidados humanizados.

“Existe un consenso en que los cuidados humanizados provocan un claro desgaste emocional. El grado de sensibilidad de cada uno es distinto y que cada uno debe encontrar el equilibrio para hacerle frente” (UTI 2).

“Te vas pensando en el estado en que quedan los pacientes, en las familias, en los hijos y que sabes que va a morir o que está luchando por salir de la unidad. Te da angustia colocarte en el lugar del paciente, o de la familia o de los hijos (...) Te afecta emocionalmente y en ocasiones lloras” (UCI 5).

“No cualquier profesional logra manejar de buena manera el componente emocional asociado a la práctica en unidades de estas características y que la diferencia está en cómo canalizar y sobrellevar de mejor forma esas emociones” (UCI 2).

“Uno debe aprender a colocar barreras emocionales” (UCI 5).

Para los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de paciente crítico, el cuidado humanizado representa el soporte vital del vínculo entre profesionales, pacientes y familiares.

El cuidado humanizado es percibido por los familiares como una acción personalizada y espontánea, basada en la confianza y voluntad del personal que brinda

acciones de cuidado enfocadas a satisfacer las necesidades de pacientes y familiares, durante su estadía en la unidad.

Destacan la contención emocional como un elemento distintivo de los profesionales de estas unidades y enfatizan que está representa un elemento decisivo en el primer encuentro.

“Ha sido un cuidado espontaneo, y personalizado” (USUARIO 5).

“El cuidado humanizado significa tener confianza en que al paciente lo están tratando bien. Es mucho el sacrificio para quienes están trabajando aquí, porque es mucho el cuidado; hay muchas cosas que hacen las enfermeras aquí para que ese cuidado se cumpla. Están atentas a las necesidades de los pacientes, sus útiles de aseo, nos comunican que les falta y todo lo relacionado con el paciente. Ellas aplican un buen cuidado, todo está bien controlado, tienen buena comunicación y disposición. Me llevo buenos recuerdos de ellas, estoy muy conforme y agradecida porque lo han tratado muy bien. Hemos tenido diálogos muy directos, siempre con la verdad y siempre dándonos esperanzas” (USUARIO 1).

Los informantes resaltan como único factor obstaculizador, al cumplimiento de sus derechos durante del horario de visita dispuesto para la unidad en cuestión. Se destaca que no existe objeción en relación al tiempo destinado. Sino más bien, a las acciones que contribuyen a la satisfacción de las necesidades de pacientes y familiares durante este tiempo, como respetar el tiempo destinado para las visitas, la privacidad y derecho a permanecer al lado del paciente durante este horario, a que se les facilite información y a la vez fortalecer el vínculo entre los profesionales de enfermería y familiares.

“Hay que respetar los horarios, porque ya eran más de las 4.10 y todavía no nos dejaban pasar. Yo entiendo porque soy funcionario, pero no el resto de los pacientes. Entonces llega la hora y nos sacan, por último que nos den un tiempo extra de 10 minutos” (USUARIO 5).

“Lamentablemente, siempre que vengo hacen curaciones y procedimientos, entonces me piden que me retire. Lo que mejoraría, es que no lo hagan en el horario de visita, porque uno pierde ese tiempo, ya que es corto. Se entiende, pero ojalá lo hicieran en otro momento” (USUARIO 3).

“Llegaron dos enfermeras a hacer la aspiración, y ahí quedaron trabajando, tuve que salir” (USUARIO 2).

“El horario de visita es el adecuado. Está bien una hora, porque los pacientes se descontrolan y descompensan. A mi parecer es suficiente” (USUARIO 1).

Como factores facilitadores los familiares mencionan la entrega de información veraz y oportuna como a un agente de humanización determinante y a su vez destacan que las características personales, vocación y voluntad, representan aspectos importantes a considerar al momento de reclutar a un equipo de cuidados intensivos e intermedios.

“Tratar con enfermos no es algo tan fácil, es complicado. Hay que tener paciencia y amar la profesión para estar ahí” (USUARIO 2).

“La vocación es lo que nos lleva a hacer un trabajo de liderazgo bueno” (USUARIO 5).

“Y cuando esa enfermera con ese don y espíritu que hace su trabajo porque ama lo que está haciendo, es la que debería estar, es la que debería dar la cara porque lo hace bien” (USUARIO 7).

Según los familiares, existen situaciones en las que enfermeras o enfermeros no cumplen con estas características, generando conflictos y situaciones de tensión con ellos.

“No todas las personas tiene la misma voluntad para atender, hay personas que son un poquito más complicadas, cortantes a veces, yo no hablo en general, pero es mínimo y el cuidado con los pacientes hospitalizados es bueno” (USUARIO 6).

“Cuando yo busque al doctor para que me diera la licencia, ellas me decían retírese, retírese, usted no tiene nada que estar haciendo acá. Y yo me sentí súper mal y entonces el auxiliar de servicio me dice: —deje al paciente descansar— Pero era mi esposo y si el doctor me hablo con buena voluntad y me explico, que le daba derecho de hacerme sentir así de mal, y me sentí muy mal, y que tenía que el tratarme así o la enfermera, me sentí incomoda y desilusionada porque venía triste. (...) Uno no puede meter a todas en la misma canasta, pero las hay y bastantes. Mas pocas que las que realmente les gusta lo que están haciendo y más de las que no les gusta estar aquí las sin vocación” (USUARIO 7).

Con respecto a la trascendencia del cuidado humanizado es poco lo que explícitamente los informantes refieren, sin embargo, como investigadores podemos develar, que para ellos representa la completa satisfacción de sus necesidades en el ámbito espiritual, afectivo, informativo y técnico durante el proceso de hospitalización.

“Yo he tenido la oportunidad de estar acá y la atención es sensacional, llaman al familiar le conversan, se siente más en confianza, uno es más humano y son claros en todo. Nosotros necesitamos el apoyo que nos brindan acá y de verdad se agradece, son todos muy cordiales” (USUARIO 6).

En relación a cómo afectan los cuidados humanizados personalmente a los usuarios, la percepción de estos es transversal, refieren estar conformes con la atención. Es cierto que cada usuario puede tener aprehensiones diferentes respecto a los cuidados y el desempeño de enfermeros y enfermeras, pero la opinión general es que están satisfechas sus necesidades y las del paciente.

“El trabajo que hacen y la relación enfermero paciente es buena, a pesar de que siempre hay distintas enfermeras; tal vez se ponen de acuerdo en sus reuniones para hacer las cosas bien. Le pregunto a mi madre: —Mamá, ¿Te sientes bien acá?— Y ella me contesta que sí, que está bien atendida. Estamos conformes con todo” (USUARIO 3).

“Los que trabajan aquí tienen que amar su profesión y ven al enfermo como alguien de su familia (...) como un ser humano” (USUARIO 3).

“Yo he tenido la oportunidad de estar acá y la atención es sensacional, llaman al familiar y le conversan, se siente más en confianza, uno es más humano y son claros en todo. Nosotros necesitamos el apoyo que nos brindan acá y de verdad se agradece, son todos muy cordiales” (USUARIO 6).

11. DISCUSIÓN

Como primer eje, abordaremos el significado que le otorgan los profesionales de enfermería y los usuarios a la práctica del cuidado humanizado.

Para los profesionales, la percepción del cuidado humanizado es concordante a lo citado por Hoyos, Correa y Cardona⁽¹⁾, en relación al abordaje integral del paciente, incluyendo las dimensiones biológicas, psicológicas y conductuales, señalando además que este abordaje es parte de su formación profesional y académica.

Por otro lado, los usuarios describen el cuidado humanizado como un vínculo entre paciente y enfermero/a basado en la confianza, voluntad y compromiso para cuidar, idea que concuerda con lo señalado por Rivera y Triana⁽⁶⁾, lo que refuerza la interacción enfermero/a paciente que Jeane Watson⁽⁷⁾, describe en su teoría de cuidados humanizados, que hoy rigen la disciplina del cuidado de enfermería. A su vez, los usuarios concuerdan con Murillo⁽³⁾, en que esperan que quien deba prodigarlos cuente con la convicción suficiente para que este sustente su actuar en la aspiración de cómo quiere ser tratado.

Con respecto a los factores que obstaculizan o facilitan la entrega de cuidados humanizados, se dispone de suficiente información tanto teórica como empírica, que logran identificar estos factores, siendo uno obstaculizador común para los profesionales, las características propias del paciente crítico, el cual señalan, difiere de pacientes de otras especialidades tal como establece Bresco⁽⁴⁾ quien sostiene que, la alta instrumentalización asociada al proceso de atención actúa en desmedro del vínculo de humanización.

A su vez, los profesionales mencionan otros factores que entorpecen el logro de un vínculo de cuidado adecuado, concordando con lo expuesto por Murillo⁽³⁾ quien señala a la realización de trabajo administrativo, registros, aplicaciones de escalas y supervisión de indicadores de calidad como agentes nocivos a la hora de establecer un vínculo de cuidado efectivo.

Así también mencionan que el ambiente laboral es determinante en el abordaje de los cuidados, haciendo énfasis en la importancia de este. Tal como señala Murillo⁽³⁾, los desaciertos del profesional, provienen del trabajo excesivo que físicamente agota, y

emocionalmente desgasta porque tiene sobre sus hombros el cuidado de la vida humana, que exige más que cualquier otra actividad, la obligación de escapar de los errores. De las exigencias de cumplir indicadores que miden más cantidad que calidad, de atender más pacientes en igual o menor tiempo, de llenar papelería innecesaria y asumir tareas secretariales, por ejemplo, a lo que se suma la falta de reconocimientos y la coacción de las sanciones, la sombra del error asistencial, la desconfianza institucional y el exceso de control, los roces laborales con jefes y miembros del equipo de trabajo, y las quejas del paciente que con o sin razón demanda más calidad de la asistencia y culpa a quien lo atiende, sin comprender que muchas veces es otra víctima de las fallas del sistema.

Por contraparte, los usuarios refieren como factor obstaculizador primordial, la transgresión de los derechos de estos durante el horario de visita, dispuesto en la Ley 20.584⁽¹⁵⁾, toda vez que el familiar desconoce si las intervenciones durante el horario de visita son apremiantes o simplemente rutinarias y en desmedro de su derecho a ver al paciente, por lo cual, se desconoce si se está infringiendo el Art. 4^a del párrafo 1^a sobre el cumplimiento del horario de visita, o el Art 5^a del párrafo 2^a sobre trato digno a los usuarios o el Art 8^a del párrafo 4^a sobre derecho a información suficiente y oportuna.

Con respecto al factor facilitador destacado por los profesionales de enfermería podemos señalar al horario de visita, en donde estos coinciden con lo expuesto por Urrea, Jana y García⁽⁹⁾, en que este permite el asentamiento de un vínculo de cuidado personalizado. Los usuarios refieren que la información se entrega de forma veraz y oportuna, siendo determinantes las características personales del profesional, como la compasión, generosidad, consideración y diligencia, que no son otra cosa que la expresión de la humanidad en alto grado tal como señala Murillo⁽³⁾, permitiéndose la promoción de la enseñanza que Watson⁽⁷⁾ alude, donde se separa el cuidado de la curación, el cual permite determinar las necesidades personales de pacientes y familiares.

Sobre la trascendencia del cuidado humanizado podemos sostener que, los datos proporcionados por los profesionales y usuarios informantes revelan que está satisface las necesidades cuando la entrega de la información es pertinente y oportuna apoyado por Murillo⁽³⁾ quien establece al dialogo como principal vehículo que transmite sus virtudes.

Enfermería como disciplina, ciencia y arte se focaliza en un acompañar sensible pero responsable, no exento de costos personales y afectivos tal como lo expresa Urrea, Jana y García⁽⁹⁾. Los profesionales de enfermería son claros en sostener lo antes mencionado destacando como determinantes las características personales de quien guía y acompaña este proceso, a su vez, enfatizan que el manejo del desgaste emocional de los cuidados que brindan dependen del equilibrio emocional y de los rasgos personales que cada uno posea para este afrontamiento tal como señala Watson⁽⁷⁾ y Murillo⁽³⁾.

El desarrollo de esta investigación, recabó información que sugiere el estudio más profundo de otras visiones del cuidado humanizado, revelándose aspectos que no estaban contemplado en los resultados de este estudio. A diferencia de lo que señala la literatura sobre la autoprotección emocional ante el sufrimiento del paciente y la aplicación de barreras que significarían una deshumanización y el consecuente síndrome de Burnout ⁽⁵⁾, la predisposición de los profesionales de estas unidades críticas sería todo lo contrario. La empatía y preocupación por el paciente y su entorno familiar, podría eventualmente llevar a un descuido de la salud mental, emocional y espiritual de quién ejerce el cuidado, quienes padecen el sufrimiento de los usuarios como si fuera propio y dificultándose separar lo profesional de lo personal en relación a ellos. Esto se traduciría en la probabilidad de padecer fatiga compasional, ya que como refieren, se van a sus casas pensando en el estado de los pacientes, con sentimientos de angustia, incluso llegando al llanto, donde no todos logran manejar y canalizar sus emociones de la mejor forma.

La literatura describe la deshumanización, instrumentalización de los cuidados, trastornos psicossomáticos o fatiga laboral, como parte del desgaste que sufren los profesionales, todas ellas vinculadas al síndrome de burnout y al distanciamiento de la relación enfermero-paciente ⁽⁵⁾. Sin embargo, la empatía y el vínculo emocional que se crea en estas unidades es tal, que los profesionales no pueden separar lo laboral de lo personal, involucrándose emocionalmente con el sufrimiento del paciente, tal cual lo refieren gran parte de los informantes. La fatiga compasional, también llamada desgaste por empatía, es un síndrome sufrido por aquellos que se exponen emocionalmente a situaciones traumáticas o relacionadas con la muerte, tal como es el caso de las unidades críticas, en la cual, los profesionales, no manejan eficientemente el sufrimiento de pacientes y familiares, adjudicando éstos como propios ⁽¹⁷⁾. Lo anterior, es un hecho particular, que revelaría riesgos laborales desconocidos o no evaluados hasta ahora y que sugieren un estudio adicional.

Por otra parte, los familiares manifiestan como respuesta directa a los cuidados brindados por el equipo de profesionales de enfermería, sentimientos de satisfacción y conformidad, resaltando el compromiso y preocupación constante demostrada por estos durante su estadía en este tipo de unidades. Urra, Jana y García⁽⁹⁾ sustentan lo antes mencionado destacando que “el cuidado está destinado a satisfacer necesidades humanas” y que “el cuidado efectivo promueve la salud, crecimiento personal y familiar, y que por lo tanto, la satisfacción de necesidades, propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente”.

12. CONCLUSION

El cuidado humanizado en este tipo de unidades representa un aspecto determinante tanto para los profesionales como para los familiares, caracterizado por un enfoque holístico basado en la confianza y voluntad, donde el equipo establece un vínculo de humanización efectiva con el paciente y su familia.

Existen factores facilitadores u obstaculizadores de este vínculo. Se resuelve que el perfil del paciente crítico, realización de trabajo administrativo, característica del equipo de trabajo y clima laboral son los principales factores obstaculizadores que inciden en la entrega y en la permanencia del vínculo, así también como el incumplimiento de los derechos de los familiares durante el horario de visita dispuesto en la unidad. Por otro lado, y a pesar de lo anterior, el factor facilitador que más destaca es el horario de visita, el que permite acercar al equipo de enfermería hacia las necesidades de los familiares, mediante la entrega de información veraz y oportuna como agente determinante en la humanización. También resaltan las características personales de los profesionales, que resultan fundamentales para la práctica del cuidado.

La formación académica no es considerada un factor relevante por sí solo, sino más bien, una herramienta que permite ejercer los cuidados humanizados.

La trascendencia de los cuidados humanizados para los profesionales se ampara en la satisfacción de pacientes y familiares que ingresan a la unidad. Destacándose el empoderamiento de su rol, reflejado en el desarrollo del vínculo en la diada enfermero-usuario.

A pesar de la escasa y dispersa información de los usuarios sobre el significado de la trascendencia, se infiere que es significativa para ellos la completa satisfacción de sus necesidades en el ámbito espiritual, afectivo y técnico durante la estadía hospitalaria.

Se establece que la entrega de cuidados humanizados afecta personal y laboralmente a quienes son responsables de entregar estos cuidados. Debido a la dinámica de estas unidades estos cuidados generan gran estrés y desgaste emocional asociado a la entrega empática.

Al entrevistar a los usuarios sobre cómo les afectan personalmente los cuidados, refieren estar conformes con la satisfacción de sus necesidades y la del paciente.

13. REFERENCIAS

- (1) Hoyos P., Cardona M., Correa D. 2008. *Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo*. Invest. educ. enferm . vol.26 no.2 .Medellín. Consultado el 16 de junio de 2013. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-3072008000200004&lng=en
- (2) **Certificado de Acreditación UPC**. 2013. Hospital clínico Regional Valdivia
- (3) Murillo L. 2009. *Humanización y Salud. Consideraciones de un protagonista*. Consultado el 17 de junio. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/23458816/LA-DESHUMANIZACION-EN-LA-SALUD-CONSIDERACIONES-DE-UN-PROTAGONISTA-MURILLO>
- (4) Bresco A. 2003. *“La Humanización en el mundo de la salud”* En: Redrado J, Gal J, Marchesi P. Humanización en salud. Bogotá: Selare; 2003. p. 93-119.
- (5) Hernández A. 2003. *Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas*. Cuadernos de bioética, páginas 39-60. Consultado el 17 de junio de 2013. Disponible en <http://www.aebioetica.org/rtf/B4%20Humanizacion.pdf>
- (6) Rivera Luz., Triana A. 2007. *Cuidado Humanizado de enfermería: Visibilizando la Teoría y la Investigación en la práctica, en la Clínica del Country*. Consultado 26 de octubre de 2013. Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf>
- (7) Marriner A., Raile M. 2007. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Editorial Elsevier España. Sexta edición. Consultado el día 25 de octubre de 2013. Desde http://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- (8) Suêuda M., De Oliveira M., Da Silva M. 2002. *Evaluación de la aplicabilidad de la Teoría de Watson en un estudio empírico*. Consultado el día 26 de octubre. Extraído desde <http://www.enfervalencia.org/ei/78/articulos-cientificos/4.pdf>
- (9) Urrea E., Jana A., García M. 2011. *Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales*. Consultado el día 25 de octubre de 2013. Extraído desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300002&script=sci_arttext
- (10) Estefo S., Paravic T. 2010. *Enfermería en el rol de gestora de los cuidados*. Cienc. enferm. Consultado 20 oct 2013; 16(3): 33-39. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300005>.

(11) **Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.** 1997. *Concede una bonificación extraordinaria para enfermeras y matronas que se desempeñan en condiciones que indica, en los establecimientos de los servicios de salud.* Santiago. Citado 20 oct 2013. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar/?idNorma=81502&idParte=0>

(12) **Milos P., Bórquez B., Larraín A.** 2010. *La "Gestión del Cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance.* Cienc. enferm. [revista en la Internet]. Consultado 20 oct 2013; 16(1): 17-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003&lng=es.

(13) **Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Asesoría Jurídica.** 2007. *Aprueba norma general administrativa n° 19, "gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada".* Santiago. Consultado 20 oct 2013 Disponible en: http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SEREMI/SEREMI_4_NORMAS/RESOLUCION_1127_07.PDF

(14) **Colegio Internacional de Enfermeras.** 1953. *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería.* Ginebra. [Actualizado 2012]. Consultado 20 oct 2013. Disponible en: https://attachment.fbsbx.com/file_download.php?id=203675006481713&eid=AStT5stYJIVTf-aiX4iZhAs0kyIyTj9G6mDuPRSIA1OJZTjw_c3dJZmIE5QfSSp6uiE&inline=1&ext=1383521642&hash=ASuFCBB9uEwbNcu6

(15) **Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Salud Pública.** 2012. *Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.* Santiago. Citado 20 oct 2013. Disponible en: <http://bcn.cl/cjay>

(16) **León F.** 2012. *Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud: Una mirada bioética.* Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. Consultado 20 oct 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001100017&lng=es.

(17) **Ancinas M.** 2012. *"Burn-Out y Desgaste por empatía en Profesionales de Cuidados Paliativos. Burn-Out and Compassion Fatigue in Palliative care Professionals"*. Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Vol. 2 (2012) n.º 4.