

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE 4° Y 5° AÑO DE LA
UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE RESPECTO DEL CUIDADO HUMANIZADO
QUE BRINDAN EN SUS EXPERIENCIAS PRÁCTICAS

Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al grado
de Licenciada en Enfermería.

YASNA ANGÉLICA LUENGO CATRIFIL
GABRIELA CAROLINA TAPIA DELGADO
CAROLINA ELIZABETH VILLALONCO RIFO
VALDIVIA-CHILE

2019

Profesor Patrocinante:

Nombre : María Julia Calvo Gil
Profesión : Enfermera y Matrona
Grado : Licenciada en Educación. Magister en Bioética. Dra. en Enfermería
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Profesores Informantes:

Nombre : Cecilia Beatriz Burgos Saelzer
Profesión : Enfermera.
Grado : Magíster en Bioética.
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :



Nombre : Rayen Llanquilef Andaur
Profesión : Enfermera.
Grado : Licenciada en Enfermería.
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos durante este importante proceso final a nuestra docente patrocinante y enfermera Sra. María Julia Calvo Gil, quien nos ha brindado cordialmente su apoyo y ha sabido guiarnos a nosotras y a muchas generaciones de egresados de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, a través de sus más de 40 años de experiencia como docente. Tenemos el honor de decir que formamos parte de su último grupo de tesis y le estaremos eternamente agradecidas.

Queremos agradecer también a nuestras docentes Sra. Cecilia Burgos Saelzer y Srta. Rayen Llanquilef Andaur, por sus aportes y contribución para realizar este trabajo. A nuestros compañeros, quienes aportaron con la información para realizar nuestra investigación, sin su colaboración no habría sido posible. Reconocemos también y agradecemos la cooperación brindada por nuestro docente Sr. Fredy Seguel Palma, quien con la mejor disposición tuvo tiempo para resolver nuestras dudas.

Y por supuesto agradecemos el apoyo incondicional y fundamental de nuestros hermanos, abuelos, tíos, familia en general, amigos, compañeros, profesores, y sobre a todo a nuestros padres por todo su amor y preocupación, quienes permanecieron a nuestro lado en los buenos y malos momentos que sorteamos a lo largo de este camino.

RESUMEN

Introducción: Usuarios del sistema de salud público y privado exigen un trato digno del personal sanitario, aspecto que desde el año 2012, es parte de la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes, por ello surge la pregunta de investigación ¿Qué capacidades y habilidades se perciben que poseen estudiantes de cuarto y quinto año de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile (UACh) para brindar cuidados humanizados?

Marco Teórico: Desde que F. Nightingale visualizó el valor de brindar cuidados profesionales, las teoristas han caracterizado el concepto de cuidado según la concepción filosófica que sustenta su teoría, siendo competencias fundamentales la relación interpersonal (interacción), seguridad para brindar atención, habilidades de comunicación y empatía. El estudio se sustenta en la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson.

Objetivo: Conocer la percepción de los estudiantes de enfermería de 4° y 5° de la Universidad Austral de Chile, respecto al cuidado humanizado que brindan durante la experiencia de la atención clínica.

Metodología: estudio cuantitativo no experimental, de corte transversal y correlacional. La población de estudio fueron estudiantes que cursaban una asignatura con experiencia clínica. Se aplicó encuesta sociodemográfica y encuesta “Caring Efficacy Scale” (CES). Estudio se desarrolló según los principios de la ética y criterios de Emanuel.

Resultados: De 98 participantes del año 2018, 54 eran de cuarto año y 44 de quinto. El perfil sociodemográfico: 85,7% era de sexo femenino, edad entre 21 y 33 años, 88% era igual o menor a 25 años, 91,8% solteros y 97,9% sin hijos, 6,1% vive con pareja, 31,6% procede de la ciudad y 43,8% de otras regiones del país; 37,8 % arrienda casa o cabaña, así que 69,4% convive con personas sin lazos sanguíneos; 55,1% pertenece a familia nuclear, 53,1% cursaba 7mo semestre de la carrera, 39,8% el 9no y 7,1% el 8vo o 10mo; 16,6% había reprobado al menos una asignatura con atención directa, la mayor parte corresponde a Enfermería del Niño y Adolescente I (ENFA-112) y Enfermería del Adulto II (ENFA-222). 4,1% de las mujeres de ambos cursos se sienten inseguras al brindar atención y 9,1% y 0% de los varones de cuarto y quinto; 10,2% y 10,8%. de los alumnos de cuarto y quinto año se percibe con Baja habilidad comunicacional, 8,5% y 7,2 % de los alumnos de 4to año y 5to se perciben con escasa o nula Empatía, 81,4% de 4to año y 87,1% se de 5to año se sienten seguros de sus habilidades relacionales se perciben con alta capacidad de interacción en sus prácticas asistenciales.

Discusión: Se relaciona los resultados de la tesis con Salgado et al., Miranda et al. Poblete y Burgos, C. Aunque los estudiantes de ambos cursos se perciben con baja habilidad en porcentajes menores al 12% en cada una de las competencias evaluadas, lo esencial de esas cualidades requiere especial atención en el proceso formativo para desarrollarlas y brindar un cuidado humanizado.

Conclusiones: Importante identificar estudiantes que se perciben con menores habilidades de las competencias evaluadas para desarrollar estrategias con técnicas metodológicas comprensivas para potenciarlos.

Palabras claves: enfermería, estudiantes, cuidado humanizado

ABSTRACT

Introduction: Users of the public and private health system demand a dignified treatment of health personnel, an aspect that since 2012 is part of the Patients Rights and Duties Act, which is why the research question arises, "What capabilities and skills are fourth and fifth year students of the School of Nursing of the Austral University of Chile (UACH) perceived to possess in order to provide humanized care?"

Theoretical Framework: Since F. Nightingale visualized the value of providing professional care, the theorists have characterized the concept of care according to the philosophical conception that sustains his theory, being fundamental competences the interpersonal relationship (interaction), security to provide attention, skills of communication and empathy. The study is sustained on Jean Watson's theory of humanized care.

Aims: To know the perception of nursing students of 4th and 5th of the Austral University of Chile, regarding the humanized care they provide during the clinical care experience.

Methodology: non-experimental quantitative study, cross-sectional and correlational. The study population were students who were taking a subject with clinical experience. A socio-demographic survey and "Caring Efficacy Scale" (CES) survey was applied. Study was developed according to the principles of ethics and criteria of Emanuel.

Results and findings: Of 98 participants from 2018, 54 were from fourth year and 44 from fifth. The sociodemographic profile: 85.7% female sex, ages between 21 and 33 years old, 88% was de same or less than 25 years old, 91.8% single and 97.9% without children, 6.1% live with a partner, 31, 6% comes from the city and 43.8% from other regions of the country; 37.8% rent house or cabin, whereby 69.4% live with people without blood ties, 55.1% belong to the nuclear family, 53.1% were in the 7th semester their degree, 39.8% the 9th and 7,1% the 8th or 10th; 16.6% had failed at least one subject with direct attention, most part corresponds to Child and Adolescent Nursing I (ENFA-112) and Adult Nursing II (ENFA-222) .4.1% of women of both courses they feel insecure when providing care and 9.1% and 0% of the fourth and fifth males; 10.2% and 10.8%. of fourth and fifth year students are perceived as having low communication skills, 8.5% and 7.2% of students in 4th year and 5th are perceived with little or no empathy, 81.4% of the 4th year and 87.1% of the 5th year feel confident that their relational skills are perceived with a high capacity for interaction in their care practices.

Discussion: The results of the thesis are related to Salgado et al., Miranda et al. Poblete and Burgos, C. Although the students of both courses are perceived with low ability in percentages lower than 12% in each of the evaluated competences, the essential of those qualities requires special attention in the training process to develop them and provide a humanized care.

Conclusions: It is important to identify students who perceive themselves to have lower abilities of the evaluated competences, in order to develop strategies with comprehensive methodological techniques to enhance them.

Keywords: nursing, students, humanized care.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 CUIDADO EN ENFERMERÍA	2
2.2 LA ÉTICA DEL CUIDADO	3
2.4 ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y SU DESARROLLO	8
2.5 OTROS ESTUDIOS EN EL TEMA	9
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	12
3.1 HIPÓTESIS	12
3.1.1 HIPÓTESIS NULA (H_0)	12
3.1.2 HIPÓTESIS ALTERNATIVA (H_1)	12
3.2 OBJETIVO GENERAL	12
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4. METODOLOGÍA	13
4.1 DISEÑO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	13
4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	13
4.3 DISEÑO MUESTRAL	14
4.4 CARACTERÍSTICAS POBLACIÓN EN ESTUDIO	14
4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	14
4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	14
4.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	15
4.6 ANÁLISIS DE DATOS	15
4.7 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	16
4.8 CLASIFICACIÓN ENUNCIADOS DE CARING EFFICACY SCALE	18
5. RIGOR ÉTICO	19
5.1 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA	19
5.2 PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA	19
5.3 PRINCIPIO DE BENEFICENCIA	20
5.4 PRINCIPIO DE JUSTICIA	20
5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	20
6. RESULTADOS	22
6.1 ANÁLISIS	22
6.1.2 ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO	22
6.1.3 ANÁLISIS POR COMPETENCIA	24
6.1.3.1 SEGURIDAD AL BRINDAR ATENCIÓN	25
7. DISCUSIÓN	40

8. CONCLUSIÓN	43
9. REFERENCIAS	45
10. ANEXOS	49
10.1 ANEXO 1	49
ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA	49
10.2 ANEXO 2	51
INSTRUMENTO “CARING EFFICACY SCALE”	51
10.3 ANEXO 3	54
SOLICITUD DE USO DE LA ESCALA	54
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE	
INVESTIGACIÓN	55
AUTORIZACIÓN DE USO DE ESCALA	57
10.6 ANEXO 6	58
TABLA VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	58
10.7 ANEXO 7	62
ENUNCIADOS CLASIFICADOS EN CADA COMPETENCIA COMPLETA	62

1. INTRODUCCIÓN

En el sistema de salud actual, podemos observar a diario reclamos y quejas de los usuarios, entre de otros aspectos, en relación al trato de los profesionales que los atienden al momento de consultar a un CESFAM, un SAR, Consultorio de especialidades o en Hospitales, siendo la atención poco agradable, con una acogida lejana, poco empática, dejando las necesidades del usuario en último lugar. Los usuarios exigen un trato digno del personal sanitario, lo que además se encuentra estipulado desde el año 2012 por la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes, donde precisamente queda establecido que uno de los derechos es “Recibir un trato digno, respetando su privacidad” (Ministerio de Salud [MINSAL], 2012).

Desde este punto de vista y de acuerdo a esta problemática, decidimos realizar un estudio que entregara información para entender y analizar de alguna manera, el origen de esta problemática. Por lo cual, nos enfocamos en estudiar a los futuros profesionales, ad portas a salir al mundo laboral, estudiantes que cursaban en el año 2018, los dos últimos años de la carrera y cómo ellos valoraban sus competencias para brindar cuidados humanizados al responder la escala CES.

Para recolectar la información aplicamos una encuesta sociodemográfica para determinar el perfil de los entrevistados y la Caring Efficacy Scale (CES) para conocer su percepción respecto de los cuidados humanizados brindados durante sus experiencias prácticas en los últimos años cursados. Posteriormente, para llegar a una conclusión del estudio, se analizaron los datos a través del programa PSPP 0.8.4.

Con la realización de esta investigación, esperábamos detectar posibles falencias durante el proceso de formación y lograr la implementación de mejoras en las herramientas que se imparten a los alumnos de enfermería en su proceso de formación, para el bienestar del paciente en torno a los cuidados de enfermería que se le otorgan.

Por lo anterior, la pregunta de investigación fue: ¿Qué capacidades y habilidades perciben que poseen los estudiantes de cuarto y quinto año de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile (UACH) para brindar cuidados humanizados?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CUIDADO EN ENFERMERÍA

El cuidar de otros es un comportamiento instintivo que poseen los seres humanos desde inicios de la historia. Con el objetivo de preservar la especie, se asistían las necesidades básicas de alimentación a través de la caza, la protección de los recién nacidos, ancianos y la curación de los enfermos. No obstante, estos cuidados se realizaban sin ninguna base de conocimiento teórico, sino que se fundamentaba en las fuerzas de la naturaleza, la sabiduría que entregaba la práctica y llevado a cabo por ninguna persona en particular. Con el paso del tiempo, de acuerdo a los avances de la sociedad y las necesidades de la población, surgen los primeros cuidadores formales, inicialmente religiosas, las que a fines de la edad media ejecutaban esta labor hasta el siglo XIX donde aparece la figura de Florence Nightingale, precursora de la profesionalización de los cuidados, así, enfermería se convirtió a través de los años, en una disciplina que se ha basado principalmente en conocimientos científicos para desempeñar las distintas funciones de su rol (Kuerten et al., 2009).

El concepto de cuidado en salud es definido por varios teóricos/as de Enfermería a lo largo de la historia, de ellas, podemos destacar como lo cita K  rouac, 1996 a:

Florence Nightingale, quien se refiere al “cuidado” como un servicio a la humanidad basado en las observaciones y experiencias, con el fin de poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud.

Virginia Henderson, que considera el concepto de cuidado como asistencia a la persona enferma o sana en actividades que no puede realizar por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos, con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Dorothea Orem, que, en su teoría del Autocuidado, se refiere a cuidado como una acción humana articulada en sistemas formados y producidos por enfermeras profesionales. Por lo tanto, las enfermeras deben planificar y organizar sistemas de acciones dirigidas a compensar las limitaciones del autocuidado de los pacientes.

Todas estas definiciones convergen en que cuidado son acciones realizadas por otras personas con el fin de alcanzar el bienestar humano de una manera holística tanto individual como de un grupo determinado.

La gestión del cuidado es la suma de dos sustantivos, que, al unir los significados de ambos conceptos, formula el accionar de enfermería que se establece en el código sanitario. En Chile, el poder legislativo por ley, establece que las enfermeras y enfermeros están encargados de la gestión del cuidado, refiriéndose a ello Milos (2010) señala: “cuidado enfermero alcanza a todo tipo de personas, sanas y enfermas, durante todo el ciclo vital, en todos los niveles de atención, desde el nivel primario de atención hasta la atención altamente compleja y tecnologizada” (p.22)., teniendo como función valorar al paciente y su entorno, entregar eficiencia y eficacia en relación a la atención, los recursos y los cuidados necesarios de enfermería y además, garantía de sus derechos. Por otro lado, integra los conocimientos, creencias y valores, el análisis crítico, el juicio clínico, la creatividad, la resolución de problemas y la evaluación de las intervenciones, para otorgar acceso, oportunidad, seguridad, calidad y reducción de costos.

2.2. LA ÉTICA DEL CUIDADO

El cuidado en enfermería supone una estrecha relación con el paciente, puesto que, de los miembros del equipo multidisciplinario del sistema de salud, son los integrantes del equipo de enfermería quienes interaccionan más con los usuarios porque pasan mayor tiempo junto a ellos. Dicha relación supone una serie de comportamientos y valores éticos. La ética es definida por la Real Academia Española (2014) como un “conjunto de normas que rigen la conducta de una persona en cualquier ámbito de la vida”, concepto que es aplicable a la profesión de enfermería, pero que podemos complementar con un concepto aún más específico que es la ética del cuidado.

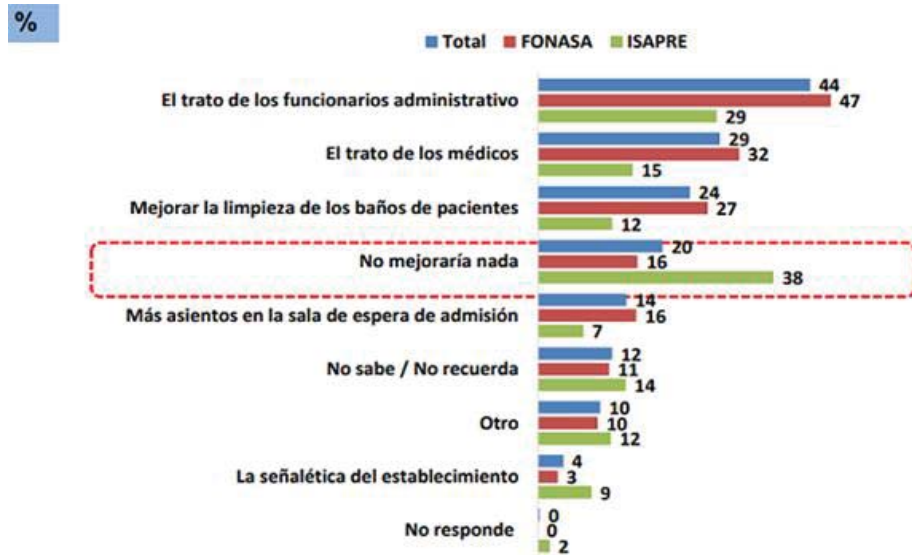
La ética del cuidado tiene sus inicios con investigaciones asociadas al desarrollo moral en la psicología a inicios del siglo pasado. Estos estudios proponían dejar fuera a las mujeres ya que se les consideraba con un menor desarrollo moral que los hombres debido a su mayor sensibilidad (Alvarado, 2004). Sin embargo, durante los años ochenta Carol Gilligan, feminista y psicóloga estadounidense (Ball, 2010), refuta las teorías antes propuestas y construye su propia teoría de la ética del cuidado proponiendo que el desarrollo de los razonamientos morales de cada persona dependen de la interacción con los otros y no del género, femenino o masculino, es decir, es universal. Además, este desarrollo moral pone como eje el bienestar de los demás, el asumir la responsabilidad por cuidar de otros lleva a ver situaciones desde distintos puntos de vista según las individualidades y crear un juicio moral específico para cada caso (Medina-Vicent, 2016). Esta ética del cuidado se aplica en enfermería no de una manera teórica, sino que a través de la actitud que se adopta durante la

relación paciente-enfermero/a, la observación del entorno del paciente para determinar sus necesidades y al llevar a cabo los cuidados con afecto, responsabilidad, empatía, escucha activa y compasión. Sin embargo, a lo largo de los años se ha ido mejorando la calidad del servicio con los avances en la tecnología lo que permite atender a una mayor cantidad de pacientes, pero al privilegiar la calidad teórica y técnica se ve afectada la vinculación con el paciente, por la menor cantidad de tiempo que se pasa con él y la ética del cuidado no se aplica como tal (García, 2015).

2.3. JEAN WATSON Y EL CUIDADO HUMANIZADO

A nivel nacional podemos observar una opinión generalizada de múltiples quejas y demandas de los usuarios de los Servicios de Salud, no solo en cuanto a las largas listas de espera o la falta de infraestructura e insumos, sino que también del trato que entregan algunos miembros del personal sanitario. Resultados de un estudio realizado por la Superintendencia de Salud (2012), que buscaba conocer cuál era la percepción de los pacientes en cuanto a los elementos que contribuían a su mayor satisfacción durante la atención en salud, arrojó que durante un proceso de hospitalización los usuarios se sienten vulnerables, inseguros y con miedo y que las variables más importantes y más valoradas son el personal cálido, la entrega de información clara en términos “no médicos” y un apoyo que vaya más allá de lo psicológico. Por ello se han instaurado orientaciones técnicas y campañas para fomentar el buen trato y asegurar los derechos de los pacientes a un trato digno. Sin embargo, esto no resulta suficiente, ya que de acuerdo con el Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud (Superintendencia de salud, 2016) donde la pregunta era, qué es lo que creían se debía mejorar, los pacientes consideraron el trato de los funcionarios administrativos y el trato de los médicos en primer y segundo lugar respectivamente, demostrando así el valor que se le entrega al trato en el sistema de salud.

Figura 1
 Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud (Superintendencia de salud, 2016).



En la disciplina de enfermería en relación a la problemática expuesta, existen teorías que abordan la relación del cuidado entre enfermeros/as y pacientes. En este sentido podemos mencionar a Jean Watson, enfermera estadounidense que contribuye a la enfermería con sus estudios e investigaciones, la teoría del cuidado transpersonal, la cual se refiere al cuidado humanizado como una base moral, filosófica e interpersonal en las acciones del personal de enfermería que se realizan para satisfacer las necesidades humanas. Watson postuló diez factores asistenciales donde manifiesta los aspectos éticos, del arte y espirituales - metafísicos que dan vida a su teoría (Urra, Jana & García, 2011).

El primero se enfoca en valores humanos caritativos y la satisfacción que se recibe al prestar ayuda con un trabajo de calidad y cómo el paciente se siente satisfecho con la atención brindada (Izquierdo, 2015).

El segundo factor habla sobre *"Infundir fe — esperanza"*, refiriéndose a la importancia de ambos para el cuidado y la sanación del paciente, haciendo de la enfermería holística, favoreciendo la salud de los pacientes y colaborando en la búsqueda de hábitos que beneficien su propia salud (Rivera & Triana, 2011).

El tercer punto que plantea Watson es *"Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás"*. Con ello, manifiesta que la identificación de los sentimientos lleva a un crecimiento mutuo entre el profesional de enfermería y el paciente. Para Watson, los

enfermeros y enfermeras que aceptan sus sentimientos y logran conectarse con ellos mismos, se vuelven más cercanos, auténticos y sensibles (Raile & Marriner, 2011).

El cuarto factor que expone es *"El desarrollo de una relación de ayuda y confianza"*. Watson incentiva la formación de la relación enfermero/a – paciente para que la atención sea más amena para ambos y cercana, favoreciendo la expresión de sentimientos positivos como negativos, lo que lleva a una relación empática, afectiva, respetable, con comunicación eficaz, dando lugar a la conexión con el otro (Izquierdo, 2015).

El quinto factor lo llamó *"Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos"*. Para Watson el profesional de enfermería debe estar capacitado para afrontar, tanto sentimientos positivos como negativos y tener las habilidades necesarias para poder abordar estas situaciones y ayudar al paciente (Raile & Marriner, 2015).

El sexto punto que expone Watson es en relación al *"Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones"*. El proceso de enfermería aporta a la solución de los problemas en relación a los cuidados del paciente. El enfermero/a está capacitado para generar este proceso mental, para resolver la problemática enfocada en el paciente, algo muy similar a un proceso de investigación, en cuanto a estructura y organización. Esta capacidad es una de las herramientas fundamentales en el enfermero/a que ha erradicado la visión de secretario del médico (Urta et al., 2011).

El factor séptimo es *"Promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal"*. Aquí se realiza la diferencia entre cuidar y curar, conceptos fundamentales para la enfermería. Según Watson, le permite al paciente estar informado, involucrarse y ser parte en su proceso de salud. Esta labor educativa muy característica de los enfermeros/as, la ve como una instancia crucial en los cuidados, ya que se entrega una oportunidad de crecimiento personal al paciente, además de hacerlo parte de su autocuidado (Raile & Marriner, 2015).

El octavo punto que expone es *"La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural"*. Jean Watson separa dos clases de entorno: el externo y el interno, directamente relacionados con la calidad de vida, el estado de la salud de la persona y su bienestar (Olivé & Isla, 2015). El entorno externo está asociado a seguridad, confort, comodidad, privacidad y abrigo entre otros; y el entorno interno que involucra el bienestar mental, espiritual y autorrealizarse. De aquí nace el concepto de "Necesidades" o requerimientos de una persona como lo llamó Watson. El/la enfermero/a al satisfacer estas necesidades y observar cómo influyen para el paciente los diferentes entornos, puede calmar angustias o dolor y mejorar el bienestar (Urta et al., 2011). Los/las enfermeros/as deben reconocer la influencia de ambos medios en la salud y en la enfermedad

del paciente y cómo lograr satisfacer estas necesidades que requiere para entregarle un ambiente propicio (Raile & Marriner, 2015).

“*La asistencia con la gratificación de necesidades humanas*” es el noveno punto que describe Jean Watson en su teoría. Para ella, las necesidades están estratificadas por ejemplo, las necesidades de supervivencia, o como las llamaba ella, necesidades biológicas como nutrición, eliminación y ventilación formaban parte del primer nivel. En el siguiente nivel, siguen las necesidades funcionales o psicofísicas como actividad, reposo y sexualidad. En el siguiente nivel están las psicosociales o necesidades integrativas, pertenencia y logros de la persona. Y por último en el nivel siguiente, se encuentra el intra - interpersonal, que son necesidades en función de la autorrealización y el crecimiento personal. Para Watson el/la enfermero/a tiene como trabajo satisfacer estas necesidades en torno a la salud de los individuos de forma integral y holística, ya que existen factores que afectan a los distintos niveles de necesidades, como los socioculturales, y así abarcar en su totalidad las distintas necesidades para lograr su satisfacción (Urta et al., 2011). También es preciso que el profesional de enfermería reconozca sus propias necesidades, aparte de las necesidades del paciente, para entregar de manera eficiente los cuidados que se requieran (Olivé & Isla, 2015).

El último factor es “*El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales*”, Urta et al., 2011, señala que Watson lo explica así: "se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de como las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión” (p.18). Esto ayuda al enfermero a valorar al paciente de forma biopsicosocial, además de responder a las necesidades de forma priorizada.

Jean Watson al describir cada punto de su teoría, ayuda a formular una definición sobre lo que es el cuidado profesional de enfermería. Además, agrega que el/la enfermero/a se desarrolla para entregar las mejores condiciones al paciente hacia el mejor camino para la visión de vida y aceptación de cada proceso en su ciclo vital (Urta et al., 2011).

A través de los años se ha ido adaptando esta teoría para ser utilizada en diferentes sectores clínicos, sea intrahospitalario, extrahospitalario o comunitario. Watson y un colaborador idearon una manera de llevar esta teoría a la práctica, la cual realizaron a través del *Attending Nurse Caring Model* (ANCM), que consiste en que las enfermeras que forman parte de este proyecto aprenden de la teoría en sí los elementos del cuidado, entre otros. El objetivo del ANCM es crear una relación continua entre paciente-enfermero/a e incluir a sus familiares. Además, la teoría de Watson ha sido ampliamente adaptada y utilizada en Estados Unidos (Raile & Marriner, 2015). En Chile igual se han realizados estudios sobre la aplicación de esta teoría. Uno de ellos es el de Ayala et al. (Urta et al., 2011), donde se realizó el proceso de traducción y retrotraducción al español del *Caring Behaviors Assessment Tool*, escala basada en la teoría de Watson, para después hacer efectiva la validación. Cabe mencionar que

cada vez esta teoría toma más fuerza en nuestro país para nuevos estudios relacionados al cuidado humanizado en enfermería en los tiempos actuales.

Podemos agregar otro punto que es fundamental, las competencias blandas. Se definen según Repetto (citado por Lagos, De Mattos & Urrutia, 2013) como “aquellas capacidades, disposiciones o destrezas necesarias para el desarrollo de una tarea de manera efectiva y que marcan la diferencia en el otro cuando se usa un tono agradable o produce una grata experiencia” (p.33)., siendo estas habilidades las que se espera que se desarrollen y alcancen de forma óptima, ya que permiten que cada persona pueda conocerse y con este fin, lograr ayudar a otros.

Es así como al enlazar la teoría de los cuidados humanizados de Watson y las competencias blandas, nos permite desarrollar en el perfil de enfermero/a, un ser capaz de llegar a otro ser y poder generar un vínculo para la realización de los cuidados que la otra persona necesita de manera integral.

2.4. ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y SU DESARROLLO

En Chile son muchos los jóvenes que se interesan por ser enfermeros/as, así lo demuestra un estudio realizado el año 2016, que ubica la carrera de enfermería entre las 20 carreras universitarias más demandadas (Noticias Universia, 2016). Este interés se produce por los altos niveles de empleabilidad que según el Ministerio de Educación (MINEDUC, 2016) alcanza el 97,6% al primer año de egreso. Sin embargo, es cuestionable si quienes quieren dedicar su vida a cuidar de otros lo hacen por vocación o solo por los buenos índices de empleabilidad.

Los estudiantes de enfermería, en particular de nuestra casa de estudio, se caracterizan por ser personas jóvenes en desarrollo, con edades que oscilan en su mayoría, entre los 18 a 25 años. Según Fernández (2000) en esta etapa, considerada como la adultez joven que va desde los 20 a los 40 años, se produce un desarrollo que abarca los ámbitos físicos, psicológicos, emocionales y sociales y donde se ocasionan los cambios más significativos para lo que será el resto de la vida de una persona, como tener una profesión, casarse y obtener un determinado status social.

Este grupo se distingue por tener en términos físicos la mejor salud de la población debido principalmente al fortalecimiento del sistema inmunitario. El desarrollo intelectual permite que el adulto joven tenga un alto nivel de actividad, además las experiencias nuevas vividas conceden nuevos conocimientos y a su vez, estos conocimientos y experiencias producen un crecimiento moral en relación a la etapa de la adolescencia, donde no se tienen

claros términos morales propios y que en general, se limitaban a los que observan en el entorno familiar y cercano (Fernández, 2000).

La etapa de la adolescencia antecede a la etapa del adulto joven, donde se produjeron importantes cambios emocionales que traen consigo un estado de ánimo inestable, que busca un entendimiento de los padres y personas mayores y donde también se intenta encontrar una identidad propia (Krauskopof, 1999). El adulto joven ya ha alcanzado una estabilidad emocional que le permite crear lazos afectivos importantes, no obstante, hay rasgos de personalidad que se desarrollaron en la adolescencia y que generalmente se mantienen en el tiempo (Jiménez, 2012).

Es importante mencionar también la inteligencia emocional, que es aquella capacidad que va más allá de lo cognitivo y tiene la particularidad que quienes la poseen pueden interactuar de manera más efectiva en los ámbitos sociales y emocionales de sus vidas trayendo un mayor bienestar y felicidad (Extremera & Fernández-Berrocal, 2004). Esta inteligencia resulta fundamental en enfermería, ya que esta labor implica una interacción social constante, que sin duda mejora cuando la persona que otorga cuidados tiene buenas habilidades comunicativas, por lo que los futuros profesionales que la desarrollen tendrán un mejor equilibrio emocional, estarán menos propensos a enfermedades relacionadas al estrés de trabajar con personas enfermas y que muchas veces, tendrán que acompañar al momento de morir (Vargas, 2013).

Por todo lo antes mencionado creemos es trascendental lograr un grado de desarrollo emocional, intelectual y madurez en los jóvenes que aspiran a llegar a ser enfermeros/as, para que adquieran las competencias necesarias tanto teóricas como prácticas y conseguir entregar un cuidado que sea resolutivo para los pacientes. No obstante, no solo consideramos importantes las habilidades mencionadas, sino que también entendemos que las competencias blandas y habilidades sociales que posea cada futuro profesional de enfermería, entrega un valor agregado a la atención brindada que, además, es reconocida por los propios pacientes a quienes tiene la responsabilidad de atender.

2.5. OTROS ESTUDIOS EN EL TEMA

Se encontraron estudios internacionales, nacionales y locales que se enfocan a conocer cuál es la percepción o las experiencias vividas de los pacientes acerca de los cuidados entregados por enfermeros/as, y a su vez en algunos, la propia percepción de los enfermeros/as sobre los cuidados que brindan. Algunos ejemplos son *“Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto”* (Segura, Miranda y Guillén, 2014), *“Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado”* (Salgado, Valenzuela y Sáez, 2015), *“Percepción de cuidado humanizado en el Servicio de Medicina*

Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014” (Miranda, Monje y Oyarzún, 2014), “El cuidado en Enfermería desde las perspectivas de la ética del cuidado y del género” (Burgos, 2013), entre otros.

En este capítulo mencionaremos el estudio doctoral realizado en Chile “Cuidado humanizado: Percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales”, llevado a cabo los años 2006 y 2007 por la enfermera Margarita Poblete, el cual tenía como objetivo determinar la autoeficacia para efectuar cuidado humanizado y la influencia que tenía la institución donde trabajaban. Se consideraron 357 enfermeras de nueve regiones distintas del país, donde la recolección de la información se hizo a través de la escala “Caring Efficacy Scale” elaborada por Carolie Coates, consultora en el área de medición y evaluación de programas de la Universidad de Colorado, Estados Unidos y que corresponde a la escala que se utilizó en esta tesis. Este instrumento de uso en investigaciones cuantitativas se encuentra validado en Chile y se basa en la teoría de Jean Watson. La escala consta de 30 ítems que pretenden realizar una autoevaluación del cuidado humanizado brindado, posee 6 niveles de evaluación desde -3, que significa “fuertemente en desacuerdo”, hasta el +3 que representa “fuertemente de acuerdo” (Poblete, 2009). A continuación, se presenta tabla n°1 con los cinco primeros ítems del instrumento.

Tabla 1
Primeros 5 ítems de la escala “Caring Efficacy Scale” (Poblete, 2009)

ITEMS	+ 3	+ 2	+ 1	- 1	- 2	- 3
1. No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes.						
2. Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.						
3. Me siento cómodo al “tocar” a mis clientes/paciente cuando proporcione cuidados.						
4. Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.						
5. Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueada/o.						

Los resultados demostraron que no existe gran diferencia respecto a la institución donde se desempeñan las enfermeras, las únicas diferencias significativas se obtuvieron en el ítem autoeficacia para expresar un sentido de cuidado a los usuarios, las enfermeras asistenciales se sentían más capacitadas que las enfermeras académicas; y en el otro reactivo autoeficacia para comunicarse en forma cercana y personal con los usuarios, en él, las enfermeras académicas se sentían con mayor habilidad que las asistenciales. Además, quedó revelado que el modelo biomédico en el cual las enfermeras se limitan principalmente a seguir indicaciones médicas, no les permite dar la importancia suficiente a la humanización del cuidado, sobre todo en hospitales. En resumen y sin considerar los ítems antes mencionados, estos 2 grupos de enfermeras tenían una percepción de autoeficacia semejante del cuidado humanizado, quedando en deuda las enfermeras asistenciales en cuanto a la relación con los pacientes para lograr un mayor grado de satisfacción usuaria (Poblete, 2009).

Esta investigación es la que más se aproxima a lo desarrollado en el presente estudio, no solo en el objetivo de conocer cómo percibe cada estudiante de enfermería los cuidados que entrega, sino que también la aplicación del instrumento, el cual fue el mismo que utilizó la doctora Poblete en su investigación.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1. HIPÓTESIS NULA (H_0)

Las variantes independientes no inciden en la percepción del cuidado humanizado entregado por los estudiantes de enfermería de 4° y 5° de la Universidad Austral de Chile.

3.1.2. HIPÓTESIS ALTERNATIVA (H_1)

Las variantes independientes inciden en la percepción del cuidado humanizado entregado por los estudiantes de enfermería de 4° y 5° de la Universidad Austral de Chile.

3.2. OBJETIVO GENERAL

Conocer la percepción de los estudiantes de enfermería de 4° y 5° de la Universidad Austral de Chile, respecto al cuidado humanizado que brindan durante la experiencia de la práctica clínica

3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el perfil sociodemográfico de los estudiantes de 4° y 5° año que participan en el estudio.
- Determinar la asociación que existe entre variables sociodemográficas y la escala de cuidado humanizado.
- Identificar la percepción que tienen los estudiantes respecto a sus competencias en relación a las conductas de cuidado humanizado de los ítems de la escala CES.

4. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio fue de tipo cuantitativo no experimental, de corte transversal y correlacional.

Según Herrera (2008), el objetivo de este tipo de estudios “es el de adquirir conocimientos fundamentales y la elección del modelo más adecuado que nos permita conocer la realidad de una manera más imparcial, ya que se recogen y analizan datos a través de los conceptos y variables” (p.4). En lo anterior se sustentó la elección de este tipo de investigación para este proyecto.

Este estudio se categoriza como no experimental. Según Herrera (2008), esta clase de investigación no pretende tener control sobre las variables y el fenómeno en estudio es un suceso que ya ocurrió haciendo imposible su manipulación por el investigador. Además, esta investigación se realizó en un determinado tiempo, sin seguimiento de los informantes, por lo que se denomina investigación de corte transversal (García, 2004).

El diseño es correlacional, ya que el estudio pretendió describir relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, estos diseños no solo describen correlación, también pudieran describir relación causa-efecto (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo muestral correspondía a todos los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile que habían iniciado prácticas clínicas de atención directa a pacientes al momento del estudio.

La población de estudio fueron todos los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, sede Central en Valdivia, que al momento del estudio se encontraban cursando 4to o 5to año.

Para que la interrogante planteada se respondiera de manera confiable y fuera representativa, era necesario que los informantes tuvieran la experiencia suficiente ejerciendo práctica con la atención directa de usuarios, por esto se seleccionó la población antes descrita.

4.3. DISEÑO MUESTRAL

En la investigación existió la posibilidad de realizar un estudio de toda la población debido a que la cantidad de informantes era un número asequible, además, el acceso a todos los informantes no implicaba grandes costos económicos. Por lo anterior y como lo describe Namakforoosh (2005) no se realizó muestreo, sino que se realizó la recolección de datos bajo la técnica del censo, asegurando con ello la representatividad de los resultados. Además de lo anterior, para ser parte de la investigación, los participantes debían cumplir con todos los criterios de inclusión sin excepción y no presentar ningún criterio de exclusión al momento del estudio.

4.4. CARACTERÍSTICAS POBLACIÓN EN ESTUDIO

4.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes de enfermería de la UACH, sede Central en Valdivia.
- Estudiante con actividades de atención clínica directa a usuarios/pacientes.
- Estudiante cursando desde el 7mo al 10mo semestre de la carrera de Enfermería.
- Ambos sexos.

4.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes de Enfermería de la UACH, sede Puerto Montt.
- Estudiantes que estuvieran con semestre vacante.
- Estudiantes cursando asignaturas sin práctica clínica directa a usuarios/pacientes.

4.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como se ha señalado, para la obtención de datos se utilizó una encuesta sociodemográfica y la escala “Caring Efficacy Scale” validada por la doctoranda M. Poblete.

Según Hueso y Cascant (2012), una encuesta por su estilo de preguntas cerradas y de respuesta preestablecida, es el opuesto equivalente a una entrevista en profundidad, quita la opción al informante de expresarse o dar su propio punto de vista, pero a su vez, facilita el análisis y comparación de variables. La encuesta utilizada en el estudio fue de características sociodemográfica (anexo 1) y evaluó algunos aspectos del informante para obtener el perfil sociodemográfico, para ello se recabaron datos como edad, sexo y procedencia, entre otros. El formato utilizado en este estudio fue diseñado por las investigadoras para el fin antes señalado.

La escala “Caring Efficacy Scale” (Poblete, 2009), (anexo 2) desarrollada por Carolie Croates, consultora en el área de medición y evaluación de programas en la Universidad de Colorado, EEUU; se formuló para medir las competencias que tiene el profesional enfermero/a para entregar cuidados y la relación que tiene con los pacientes, apoyándose en la teoría transpersonal del cuidado humanizado de Jean Watson. Consta de 30 ítems en escala Likert que mide el nivel de acuerdo o desacuerdo con el planteamiento del ítem, los valores asignados en la escala son desde -3 que significa “fuertemente en desacuerdo” al +3 que es “fuertemente de acuerdo”. Como se ha señalado el instrumento está validado en nuestro país. Previo a ese proceso se realizó prueba piloto en una muestra de 30 enfermeras académicas y asistenciales de la Región del Maule. Para obtener mejor confiabilidad se aplicó en 9 regiones del país: Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Libertador Bernardo O'Higgins, Maule, Biobío, Araucanía, de Los Ríos y Metropolitana conformando la muestra de 360 enfermeras, los resultados indicaron alta validez del instrumento, fue aplicado en un estudio chileno en el año 2009 llamado “Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales”. La autorización para utilizar la escala fue solicitado mediante correo electrónico (anexo 3) a la Dra. Margarita Poblete, autora del estudio recién mencionado. La escala fue modificada mínimamente, eliminando la exclusividad de las expresiones al género femenino, agregando a sus terminaciones a/o, ejemplo: “A menudo me siento agobiada” por: A menudo me siento agobiada/o.

4.6. ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó análisis el estadístico de datos muestreados mediante el software GNU PSPP 1.0.1 ya que es la versión liberada del software pago SPSS. Cuenta con mínimas diferencias de la versión original sin presentar deficiencias.

4.7. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

La operacionalización de variables es necesaria para unificar criterios y dar significado a conceptos que pudieran ser interpretados de diversas formas o que son desconocidos para algunas personas, sin embargo, existen variables que son de conocimiento colectivo y que no es necesario que el investigador las defina o describa. Es por esto que la realización de este proceso completo o parcializado queda a criterio del investigador (Betancur, s.f).

A continuación, en las Tabla 2 y Tabla 3, se describen las variables de la encuesta sociodemográfica y de la escala *Caring Efficacy Scale* (CES).

Tabla 2
Operacionalización de las variables de encuesta sociodemográfica.

Variable	Tipo de Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Sexo	Independiente	Características sexuales primarias y secundarias que caracterizan al individuo.	Femenino Masculino
Edad	Independiente	Tiempo expresado en años, transcurridos desde el nacimiento del individuo hasta el momento del estudio	Años cumplidos
Estado civil	Independiente	Condición civil, respecto a la vida en pareja	Soltero/a Casado/a Conviviente Otro
Hijos	Independiente	Existencia de hijos nacidos vivos.	Si No
Cuántos hijos	Independiente	Cantidad de hijos vivos hasta la fecha del estudio.	Número de hijos vivos.
Procedencia	Independiente	Lugar de residencia de origen (previo al ingreso a la universidad)	Valdivia Osorno Puerto Montt Chiloé Otro
Dónde vive	Independiente	Lugar de residencia actual del	Casa

		informante.	Pensión Cabaña Departamento Otro
Con quién vive	Independiente	Persona/as con quien comparte lugar de residencia.	Padres Abuela/o/os Pareja/Cónyuge Amiga/o/os Otro
Clasificación de familia	Independiente	Tipo de familia de la cual procede el informante, se considera a toda persona que viva bajo el mismo techo que el informante en el hogar de origen.	Nuclear Monoparental Biparental extensa Otro
Semestre que cursa de la carrera de Enfermería	Independiente	Semestre que se encuentra cursando de la carrera de Enfermería UACH en la fecha de la aplicación de la escala.	7° 8° 9° 10°
Actividad Extracurriculares	Independiente	Actividad que realiza el informante fuera de las dependencias de la universidad o dentro de ellas pero en horarios no definidos por el plan de estudio actual.	Trabajo Deporte Actividades culturales Actividades religiosas Otro
Ha reprobado algún curso clínico	Independiente	Asignatura de la malla curricular con práctica clínica y que al menos una vez fue reprobada por el estudiante.	SI NO
Ramo reprobado	Independiente	Curso/os reprobado/s por el informante.	ENFA132 ENFA121 ENFA112 ENFA222 ENFA212 PSIQ 253 ENFA240 ENFA241 ENFA294 ENFA295

Tabla 3

Operacionalización de las variables de Caring Efficacy Scale

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Caring Efficacy Scale	Dependiente	Escala tipo likert. Específicamente busca la percepción del informante sobre los cuidados humanizados entregados.	+3: Fuertemente de acuerdo +2: Moderadamente de acuerdo +1: Ligeramente de acuerdo -1: Ligeramente desacuerdo -2: Moderado desacuerdo -3: Fuertemente en desacuerdo

4.8. CLASIFICACIÓN ENUNCIADOS DE CARING EFFICACY SCALE

La Caring Efficacy Scale (CES) posee 30 enunciados, estos se clasifican en enunciados en positivo, tales como el enunciado n° 4 “Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes” o enunciados en negativo tales como el n° 1 “No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes”. En este sentido, los enunciados planteados como aseveraciones en positivo corresponden a los ítems: 2,3,4,5,6,7,9,10,11,14,18,19,22,25,28 y los planteados como aseveraciones en negativo son: 1,8,12,13,15,16,17,20,21,23,24,26,27,29,30.

5. RIGOR ÉTICO

Para llevar a cabo este estudio se consideró cumplir los principios de la bioética, definidos por Beauchamp y Childress (citados en Ferro, Molina y Rodríguez, 2009), los cuales son 4 y corresponden a Beneficencia cuyo objetivo es hacer el bien y maximizar los beneficios de los participantes de una investigación; el principio de No maleficencia que busca no hacer daño a los participantes del estudio; principio de Autonomía que vela porque cada persona pueda tomar sus propias decisiones basadas en sus creencias e intereses posterior a un proceso de información; y por último, el principio de Justicia que busca se mantengan criterios de equidad en la selección de los participantes.

5.1. PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Se refiere a respetar la voluntad de los pacientes, fomentando la capacidad de cada individuo de decidir en forma consciente y voluntaria, sin presiones de terceros que los obliguen a tomar decisiones que no consideren sus propios sentimientos y deseos (Gómez, 2009).

Durante la investigación se veló para que en la participación de los sujetos de estudio se respetara su propia decisión, para ello, previamente se les proporcionó completa información de la investigación y de los alcances de su participación, cabe señalar que esta población no corresponde a la categoría de vulnerable. Por ello, además, previo a responder los instrumentos ya mencionados, se les solicitó su firma en un documento de consentimiento informado (anexo 4), en él, junto con declarar su voluntariedad se les asegura anonimato, confidencialidad de los datos personales y sus respuestas, riesgos y beneficios de su participación y que no existen consecuencias de ninguna índole tanto si su decisión es participar o rechazar su ingreso al estudio.

5.2. PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA

Este principio, basado en el máxima del Juramento hipocrático *Primum non nocere*, se refiere al respeto por la integridad del ser humano y el no hacer daño; que cada día es más primordial su cumplimiento debido a los avances de los conocimientos científicos y tecnológicos actuales (Gómez, 2009).

En la información y documento del consentimiento se registró que no existen riesgos a los que se exponen los participantes al formar parte del estudio, con lo que se asegura recibieron la información que no se exponen a daños, así también, se otorga la opción de no completar las encuestas aunque ya hayan iniciado su participación, lo que se presentó en 3 casos, dos estudiantes respondieron únicamente la encuesta de antecedentes sociodemográficos y uno solo la escala CES, por ese motivo se omitieron para la tabulación de los datos. En esta investigación no se expone a los participantes a ningún riesgo ni daño que afecte su integridad física, psicológica y social.

5.3. PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

Se caracteriza por maximizar los beneficios y minimizar daños y/o disminuirlos, además de asegurar su bienestar durante y después del proceso investigativo (Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, 1979).

Los beneficios que se espera obtener de este estudio es aportar conocimientos respecto a la percepción de competencias de los estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera, para brindar un cuidado humanizado, que será de utilidad e interés para la comunidad estudiantil de enfermería de las futuras generaciones y su cuerpo académico.

5.4. PRINCIPIO DE JUSTICIA

En el estudio se consideró a todas las personas que cumplían con los criterios de inclusión sin beneficiar y/o exponer a otros, además el instrumento de medición es el mismo para todos, sin excepción; este principio, se caracteriza por la selección equitativa de la muestra, oportunidad de acceso y reparto equitativo de los beneficios y riesgos sin discriminación, los que fueron verificados (Gómez, 2009).

5.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

En una investigación que requiere la participación de personas, hay que tener en cuenta 7 criterios éticos, los cuales sirven para que a las personas no se les utilice como objetos, limitando al mínimo su explotación (Emanuel, 1999).

En relación con lo anterior, en este estudio se aseguró la calidad en relación al aspecto ético, mediante el proceso de información y la firma de un Consentimiento informado

por los participantes, en él se explicaron los objetivos y fines del estudio, se aseguró el anonimato, la confidencialidad y voluntariedad de la participación en la investigación; además de los siete criterios éticos propuestos por Ezequiel Emanuel.

Valor social o científico, ya que aborda percepciones acerca del cuidado que brindan estudiantes de enfermería de 4to y 5to año, además aporta resultados que conducen a sugerencias para mejorar la adquisición de herramientas respecto a cuidados humanizados y de esta forma contribuir en la mejora de la salud con un trato digno para la población que atiendan. Tiene valor científico y la metodología es válida y realizable, tiene objetivos claros, diseños y métodos seguros. La Selección es equitativa ya que se seleccionó a los participantes según criterios de inclusión y exclusión planteados previamente y sin discriminación por características de las personas, salvo las establecidas en los criterios de inclusión. Con respeto a la proporción favorable de riesgo-beneficio, el principal beneficio será para las futuras generaciones de estudiantes de enfermería de la Universidad Austral de Chile y no habrá riesgos para los participantes. También se realizó proceso de Consentimiento Informado, con información completa del propósito, objetivos, riesgos, beneficios, metodología y libertad de abandonar el estudio; por lo que las personas decidieron participar en forma autónoma y voluntaria, se respetaron sus valores, intereses y preferencias, Se garantizó el respeto a los participantes, protegiendo su dignidad, confidencialidad, anonimato y cambios de opinión cuando lo estimaron conveniente. En cuanto a la evaluación externa, fue realizada por el Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile, de la que se excluyó la Prof. Patrocinante planteando conflicto de intereses. Por otra parte, por ser parte de la población de estudio e investigadoras del mismo, las tesis nos excluimos de participar porque expresamos conflicto de intereses.

6. RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS

6.1.1. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO

Los datos se procesaron mediante el software GNU PSPP 1.0.1 Las personas que aceptaron participar fueron 101, sin embargo, se eliminaron registros de 3 de los participantes debido a que respondieron solo uno de los dos instrumentos de recolección de información; por tanto, la población total quedó constituida por 98 estudiantes de la carrera de enfermería que cursaban cuarto y quinto año durante el año académico 2018, en la sede Central de la Universidad Austral de Chile, ubicada en la ciudad de Valdivia. Los resultados descriptivos de las variables del estudio de la encuesta sociodemográfica se presentan en tablas en anexo 6.

Tabla 4
Perfil sociodemográfico de los participantes

TOTAL MUESTRA: 98					
		CUARTO: 54 Casos		QUINTO: 4 4 Casos	
		CASOS	%	CASOS	%
Sexo	Femenino	43	79,6	41	93,2
Edad	22	27	50,0	13	29,5
	23	5	9,3	13	29,5
Estado Civil	Soltero	50	92,6	40	90,9
Hijos	No	53	98,1	43	97,7
Procedencia	Valdivia	14	25,9	17	38,6
	Otro	24	44,4	19	43,2
Donde Vives	Casa				

		15	27,8	22	50,0
	Cabaña	24	44,4	13	29,5
Con Quien Vives	Padres	12	22,2	17	38,6
	Otro	21	38,9	16	36,4
Tipo De Familia	Nuclear	28	51,9	26	59,1
Act. Extracurricular	Otro	21	38,9	20	45,5
Reprobado	No	45	83,3	40	90,9

El perfil sociodemográfico de la población de estudio es: conformada por una mayor parte de sexo femenino (85,7%), las edades se distribuyen entre 21 y 33 años de las cuales el 88% es igual o menor a 25 años, un 91,8% se declaran solteros y el 97, 9% sin hijos, 6,1% vive con pareja, en unión conyugal civil o de hecho. El 31,6% de los estudiantes tienen residencia en la ciudad de Valdivia, sin embargo, el 43,8% proviene de otras regiones del país; en el 55,1% la clasificación de su familia es nuclear.

Durante el período académico, viven en la comuna de Valdivia, en casa o cabaña como lugar de residencia actual equivalentes ambos al 37,8% de los casos, por lo que el 69,4% convive con personas con quienes no comparte lazos sanguíneos o viven solos. El 53,1% de los estudiantes se encontraba cursando 7mo semestre, 39,8% el 9no semestre y un 7,1% el 8vo o 10mo semestre de la carrera. De ellos, el 16,6% refiere haber reprobado durante sus estudios una asignatura profesional que implicaba atención clínica directa con usuarios, siendo las de mayor reprobación: Enfermería del Niño y Adolescente I (ENFA-112) y Enfermería del Adulto II (ENFA-222)

De lo anterior, se puede extraer un perfil general de la población, basado en la moda “estudiante de sexo femenino, de 22 años, soltera, sin hijos, con residencia familiar fuera de la ciudad de Valdivia, cursando el 7mo semestre académico y sin haber reprobado asignaturas relacionadas con la atención directa a usuarios”.

6.1.2. ANÁLISIS POR COMPETENCIA

Para el análisis del instrumento “Caring Efficacy Scale” (CES), se clasificó cada pregunta como perteneciente a una determinada competencia de acuerdo al ámbito al que se orientaba el respectivo reactivo. Las competencias evaluadas en el instrumento CES son: Seguridad que el estudiante estima tiene al brindar atención (Seguridad al brindar atención), Interacción que establece con sujetos de atención (Relación interpersonal), Habilidad para comunicarse con las personas que atiende (Comunicación) y Sensibilidad para comprender la experiencia del otro (Empatía).

Además, se realizó un cruce de variables de las respuestas obtenidas en la encuesta sociodemográfica con cada una de las 30 respuestas del instrumento “Caring Efficacy Scale”, se obtuvo que no hubo diferencias significativas.

Tabla 5
Enunciados clasificados en cada competencia

Competencia	Enunciado
Seguridad al brindar atención	1,4,9,12,15,16
Relación interpersonal	2,3,11,15,17,18,19,22,23,24,25,29,30
Habilidad de comunicación	5,6,13,14,15,20,21,28
Empatía	7,8,10,26,27

(Ver anexo 7: tabla enunciados clasificados en cada competencia completa)

La pregunta 15 “No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes.”, se consideró que pertenece a tres de las competencias clasificadas, seguridad, relación y comunicación.

6.1.2.1. Seguridad al brindar atención: En este ítem, se clasificaron 6 preguntas, 2 de las cuales son afirmaciones en positivo y 4 en negativo. En relación a esto, un 81,4% de los alumnos de 4to año afirma que se sienten seguros y con herramientas necesarias para enfrentar día a día sus prácticas asistenciales, mientras que los alumnos de 5to año un 87,1% refiere sentir seguridad en sus prácticas asistenciales. Cabe destacar que sólo un 3,7 % de los alumnos de cuarto año no se siente seguro, mientras que en quinto año un 3,4% de los estudiantes refieren no sentirse seguros al entregar cuidados a sus pacientes. A continuación se presentan tablas de asociación N° 6 y 7 correspondientes a estudiantes de ambos cursos con “Alta percepción de seguridad” y tablas N° 8 y 9 que representan “Baja percepción de seguridad” en estudiantes de ambos cursos.

En ellas, en el eje vertical de las tablas se muestran las variables que se estimó pertinente presentar, aunque como se ha señalado, ninguna de las asociaciones con los datos demográficos fueron significativas, estas se relacionan con sexo de los participantes, el grupo etareo de mayor frecuencia en ambos cursos (menores de 25 años), estudiantes de la ciudad de Valdivia y si habían reprobado alguna asignatura con experiencia clínica. En el eje horizontal, se presenta en las columnas Total de respuestas esperadas en la competencia; Total de participantes que respondieron a las preguntas planteadas con aseveraciones en positivo como “Fuertemente de Acuerdo” y “Medianamente de Acuerdo” (+2 o +3) y en el caso de los reactivos planteados con aseveraciones en negativo (-2 y -3) igual situación así como los respectivos porcentajes en cada uno de los casos. Como se señaló, los participantes de cuarto año fueron 54 y los de quinto 44. En esta competencia el número de respuestas esperadas en los estudiantes de cuarto año para los 2 reactivos en positivo era de 108 (2 preguntas x 54 estudiantes) y para los reactivos en negativo 216 (4 preguntas x 54 estudiantes).

Tabla 6
Buena percepción de seguridad en estudiantes de cuarto año

Variables	De acuerdo con enunciado positivo (2 y 3)			En desacuerdo con enunciado negativo (-2 y -3)		
	Total respuestas por variable (*2)	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable (**4)	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo						
Hombres	22	18	81,8	44	37	84
Mujeres	86	71	82,5	172	138	80,2
Menores de 25 Años	96	80	83,3	192	157	81,7
Valdivia	28	24	85,7	56	47	83,9
Reprobación	18	14	77,7	36	27	75

Total	108	89	82,4	216	175	81
-------	-----	----	------	-----	-----	----

*2: corresponden a los 2 enunciados en positivo

**4: corresponden a los 4 enunciados en negativo

Tabla 7

Buena percepción de seguridad en estudiantes de quinto año

Variables	De acuerdo con enunciado positivo (2 y 3)			En desacuerdo con enunciado negativo (-2 y -3)		
	Total respuestas por variable (*2)	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable (**4)	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo						
Hombres	6	6	100	12	10	83,3
Mujeres	82	76	92,6	164	139	84,7
Menores de 25 Años	72	70	97,2	144	127	88,2
Valdivia	34	32	94,1	68	57	83,8
Reprobación	8	6	75	14	14	87,5
Total	88	82	93,1	176	148	84,1

Al relacionar el sexo con la percepción acerca de la competencia de seguridad al brindar la atención, el 80,2% de las 43 mujeres de 4° año de la carrera respondieron sentirse seguras al responder reactivos que estaban expresados en aseveraciones en negativo, en comparación al 84,7% de las 41 mujeres de 5° año; en tanto que el 4,1% de las mujeres de 4° año e igual porcentaje de las de quinto año al responder los reactivos de estas aseveraciones en negativo su percepción es de inseguridad. En relación a los hombres, un 84% de los 11 alumnos varones de cuarto año dice sentir seguridad durante sus prácticas, siendo de 83,3% en los hombres de 5° año, mientras que el porcentaje de hombres en 4° año y en 5° año que se sienten inseguros es de un 9,1% y un 0% respectivamente. Respecto a las aseveraciones expuestas en positivo, un 82,5% de mujeres de 4° año, refieren sentir seguridad al entregar cuidados en comparación al 1,1% que refiere inseguridad; la proporción de mujeres de 5to año que responden sentirse seguras al entregar cuidados a los usuarios es de 92,6%, siendo 0% el porcentaje de inseguridad. Al comparar este aspecto en los hombres, el 81,8% de ellos, pertenecientes a 4° año refiere sentir seguridad en sus prácticas, en comparación al 100% de 5° año; mientras que el porcentaje de hombres que refieren sentirse inseguros en 4° es 0,9% y en 5° año 0%, por tanto, no hay diferencias entre ambos sexos.

En relación a la edad, se formaron dos grupos de las distintas edades de los participantes: los menores de 25 años y los mayores de 25 años, encontrándose la mayor

cantidad de población en el primer grupo etario. Con respecto a las aseveraciones planteadas en negativo, el 81,7% de los menores de 25 años que pertenecían a 4° año refieren sentir seguridad en sus prácticas asistenciales, en comparación al 88,2% de los que cursaban 5° año; mientras que el porcentaje de inseguridad para ambos cursos es de 5,1%. En las aseveraciones planteadas en positivo, el 83,3% de los menores de 25 años que cursaban 4° año, refieren sentirse seguros en sus prácticas asistenciales, en comparación a un 97% que se encontraba cursando 5° año, se destaca que no se presentan casos de inseguridad en ambos cursos.

Según procedencia, no se observa variación importante entre los alumnos de 4° y 5° año que declaraban ser oriundos de Valdivia y los que provenían de otras regiones del país. Respecto a las aseveraciones en negativo, un 85,7% de los alumnos de cuarto año procedentes de Valdivia, y un 94,1% de quinto año refieren sentirse seguros al entregar cuidados en sus prácticas asistenciales.

En las aseveraciones planteadas en positivo, 85,7% de los valdivianos que estaban cursando 4° año de la carrera, refieren sentirse seguros al entregar cuidados en sus prácticas asistenciales, en comparación al 94,1% de los alumnos que cursaban 5to año.

En relación a la reprobación de asignaturas que tienen atención directa a usuarios, no se observa que esta variable influya en la seguridad que se perciben los estudiantes, ya que en las aseveraciones en negativo el 75% de los alumnos de 4° año, se sienten seguros al prestar cuidados, en relación al 87,5% de estudiantes que habían reprobado algún ramo y cursaban 5° año, mientras que el porcentaje que manifiesta sentirse inseguro es de un 5,5% y 0% para 4° año y 5° año respectivamente. En las aseveraciones en positivo, 77,7% de los estudiantes que habían reprobado alguna asignatura y cursaban 4° año, refieren sentirse seguros, en relación al 75% correspondiente a 5to año; en cuanto al porcentaje de inseguridad para los estudiantes que habían reprobado ramos es 0,9% para cuarto año y 0% para quinto año.

Tabla 8
Mala percepción de seguridad en estudiantes de cuarto año

Variables		Desacuerdo con enunciado positivo (-2 y -3)			De acuerdo con enunciado negativo (2 y 3)		
		Total respuestas por variable (*2)	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable (**4)	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo	Hombres	22	0	0	44	4	9,1
	Mujeres	86	1	1,1	172	7	4,1

Menores de 25 Años	96	1	1	192	10	13,8
Valdivia	28	0	0	56	4	7,1
Reprobación	18	0	0	36	2	5,5
Total	108	1	0,9	216	11	5,1

Tabla 9

Mala percepción de seguridad en estudiantes de quinto año

Variables	Desacuerdo con enunciado positivo (-2 y -3)			De acuerdo con enunciado negativo (2 y 3)		
	Total respuestas por variable (*2)	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable (**4)	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo Hombres	6	0	0	12	0	0
Mujeres	82	0	0	164	8	4,1
Menores de 25 Años	72	0	0	144	8	5,5
Valdivia	34	0	0	68	4	5,8
Reprobación	8	0	0	16	0	0
Total	88	0	0	176	9	5,1

6.1.2.2. Relación interpersonal: En esta competencia, se clasificaron 13 preguntas, 7 de las cuales son afirmaciones en positivo y 6 en negativo, total de respuestas esperadas 378 en los reactivos en positivo y 324 en los ítems en negativo. En relación a esto, 81,4% de los alumnos de 4to año afirma que se sienten seguros de sus habilidades relacionales y con herramientas necesarias para desarrollar día a día sus prácticas asistenciales, mientras que, en los alumnos de 5to año, 87,1% refiere perciben alta capacidad de interacción. Cabe destacar que solo 3,7 % de los alumnos de cuarto año y 3,4% de los de quinto no se sienten seguros al entregar cuidados a sus pacientes.

A continuación se presentan tablas N° 8 y 9 que corresponden a la asociación de la Competencia Relación interpersonal con las variables seleccionadas, correspondientes a alta percepción de habilidad en la relación interpersonal en estudiantes de ambos cursos y las tablas N° 10 y 11, que representan baja percepción de habilidad en la relación interpersonal en estudiantes de ambos cursos.

Al realizar el análisis de las variables se observa que no existen diferencias significativas entre estudiantes de cuarto y quinto año, ambos grupos tienen porcentajes mayores a 60% cuando responden los reactivos. Realizando un análisis más específico, se

destaca que los estudiantes de cuarto año obtienen en promedio en las aseveraciones planteadas en positivo un 85,2% versus el 81,7% de los estudiantes de quinto año en esta habilidad. Sin embargo, al comparar los enunciados diseñados en negativo con respuesta de fuertemente y medianamente en desacuerdo, los estudiantes de cuarto año obtienen en promedio un 81,7%, en contraste con el 80,6% de los estudiantes de quinto en esta competencia.

Al efectuar una comparación por sexo, las percepciones de estudiantes mujeres de cuarto año es 86,5% y 89,5% en las de quinto, respecto a buenas habilidades de interacción. En cuanto a los hombres, también los porcentajes son similares, 79,1% en hombres de cuarto y 90% en los de quinto. En contraparte, al realizar el análisis desde la mirada del déficit de esta competencia los porcentajes alcanzan valores muy bajos, en su mayoría casos aislados que bordean el 4%, en que los estudiantes de cuarto año se perciben con menor habilidad en esta competencia. En relación al sexo, no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En cuanto a la edad, como se mencionaba, la mayoría de los estudiantes tiene menos de 25 años, donde nuevamente estudiantes de cuarto año se perciben con menores habilidades de interacción que sus compañeros de quinto.

En relación a la procedencia, integrantes de ambos cursos se perciben con baja habilidad en esta competencia con muy bajos porcentajes que bordea aproximadamente el 3% del total.

Al realizar el análisis de quienes han reprobado se puede señalar que si bien son pocos los estudiantes que han reprobado asignaturas en ambos cursos, ellos se perciben con mucha confianza y creen poseer las habilidades de interacción al relacionarse con los consultantes/pacientes. Esto se evidencia en el bajo porcentaje en los enunciados negativos, los que no sobrepasan el 7%, incluso en un grupo de análisis de quinto año los estudiantes se encuentran en el nivel más alto.

Tabla 10

Buena percepción de habilidad en las RI de estudiantes de cuarto año

		De acuerdo con enunciado positivo (2 y 3)			En desacuerdo con enunciado negativo (-2 y -3)		
Variables		Total respuestas por variable (*7)	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable (**6)	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo	Hombres	77	61	79,1	66	55	83,3
	Mujeres	301	260	86,5	258	210	81,4
Menores de 25 Años		336	281	83,8	288	234	81,3
Valdivia		98	78	80	84	73	86,9
Reprobación		63	52	82,2	54	44	81,1
Total		378	322	85,2	324	256	81,7

*7: equivalentes a los 7 enunciados positivos

**6: equivalentes a los 6 enunciados negativos

Tabla 11

Buena percepción de habilidad en las RI de estudiantes de quinto año

		De acuerdo con enunciado positivo (2 y 3)			En desacuerdo con enunciado negativo (-2 y -3)		
Variables		Total respuestas por variable	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo	Hombres	21	19	90	18	14	76,6
	Mujeres	287	257	89,5	246	199	80,7
Menores de 25 Años		252	223	88,3	216	170	76,5
Valdivia		119	106	88,8	102	76	74,1
Reprobación		28	26	92,5	24	17	70,7
Total		308	276	89,6	264	213	80,6

*7: equivalentes a los 7 enunciados positivos

**6: equivalentes a los 6 enunciados negativos

Tabla 12

Mala percepción de habilidades en las RI en estudiantes de cuarto año

Variables		De acuerdo con enunciado positivo (2 y 3)			En desacuerdo con enunciado negativo (-2 y -3)		
		Total respuestas por variable	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo	Hombres	77	5	6,5	66	4	6
	Mujeres	301	11	3,7	258	11	4,3
Menores de 25 Años		336	14	4,2	288	13	4,5
Valdivia		98	3	3	84	3	3,6
Reprobación		63	3	4,7	54	4	7,3
Total		378	16	4,3	324	15	4,6

*7: equivalentes a los 7 enunciados positivos

**6: equivalentes a los 6 enunciados negativos

Tabla 13

Mala percepción de habilidad en las RI en estudiantes de cuarto año

Variables		De acuerdo con enunciado positivo (2 y 3)			En desacuerdo con enunciado negativo (-2 y -3)		
		Total respuestas por variable	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo	Hombres	21	4	19	18	0	0
	Mujeres	287	5	1,7	246	9	3,7
Menores de 25 Años		252	5	1,9	216	8	3,5
Valdivia		119	1	0,8	102	59	57,8
Reprobación		28	1	3,5	24	0	0
Total		308	5	1,6	264	9	3,4

*7: equivalentes a los 7 enunciados positivos

**6: equivalentes a los 6 enunciados negativo

6.1.2.3. Comunicación: A continuación, se presenta la competencia Comunicación, que contempla 8 reactivos y se presentan en cuatro tablas que representan la percepción de los alumnos respecto a esta área. El total de respuestas esperadas en las sentencias en positivo es de 216 y en las sentencias expresadas en negativo de 148. Se concluye que no existen grandes diferencias entre estudiantes de cuarto y quinto año en relación a la competencia de comunicación, estudiantes de ambos cursos sienten tener herramientas y/o habilidades para mantener buena comunicación con el paciente/cliente. Las tablas 14 y 15 se refieren a buena percepción de habilidades comunicacionales y las tablas 16 y 17 a mala percepción de habilidades comunicacionales.

Tabla 14

Buena percepción de habilidades de comunicación en estudiantes de cuarto año

Variables		Total respuestas por variable*	De acuerdo con enunciado positivo (2 y 3)		En desacuerdo con enunciado negativo (-2 y -3)	
			Suma respuestas por variable	Porcentaje	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo	Hombres	44	31	70,5	34	77,3
	Mujeres	172	145	84,3	114	66,3
Menores de 25 Años		192	157	81,8	132	68,8
Valdivia		56	44	78,6	40	71,4
Reprobación		36	34	94,4	24	66,7
Total		216	175	81	148	68,5

*Equivalentes a las respuestas de los 4 enunciados positivos y a los 4 enunciados negativos.

Tabla 15

Buena percepción de habilidades de comunicación en estudiantes de quinto año

Variables		Total respuestas por variable*	De acuerdo con enunciado positivo		En desacuerdo con enunciado negativo	
			Suma respuestas por variable	Porcentaje	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo	Hombres	12	12	100	10	83,3
	Mujeres	164	148	90,2	117	71,3
Menores de 25 Años		144	120	83,3	99	68,8
Valdivia		68	62	91,2	52	76,5

Reprobación	16	13	81,3	11	68,8
Total	176	160	90,9	127	72,2

En las tablas anteriores se observa que los estudiantes tienen una alta percepción de sus habilidades comunicacionales, las cuales arrojan que, del total de casos por curso en los enunciados en positivo, el 81% de los alumnos de cuarto año y el 90,9% de quinto está frecuentemente y medianamente de acuerdo. En cuanto a los enunciados en negativo, un 68,5% de los alumnos de cuarto y 72,2% de quinto año dice estar frecuentemente y medianamente en desacuerdo.

Al relacionar sexo con la competencia Comunicación, 77,3% de los hombres de cuarto y 83,3% de quinto año dice sentirse con habilidades comunicacionales adecuadas, frecuentemente y medianamente en desacuerdo con el enunciado. Los hombres de cuarto año que están frecuentemente y medianamente de acuerdo con el enunciado llega a 70,5% mientras que en quinto año al 100% todos. Por su parte el 90,2% de las mujeres de quinto año y el 84,3% de las mujeres de cuarto año dice sentirse con las habilidades comunicacionales necesarias.

Al relacionar edad con la competencia Comunicación, se obtiene que de los estudiantes menores de 25 años que tienen buena percepción de su habilidad comunicacional, 81,8% de los estudiantes de cuarto año está frecuentemente y medianamente de acuerdo con el enunciado en positivo y los que No están de acuerdo con el enunciado negativo es de un 68,8%. Por otra parte, en los alumnos de quinto 83,3% está frecuentemente y medianamente de acuerdo con el enunciado y 68,8% no lo está.

Al relacionar procedencia de los alumnos con la competencia Comunicación, se observa que un 78,6% de los estudiantes de cuarto año que provienen de Valdivia están frecuentemente y medianamente de acuerdo con los enunciados en positivo, en tanto que en los de quinto es de 91,2%. En los alumnos de cuarto año que no están de acuerdo con los enunciados en negativo se obtiene 71,4% y 76,5% en los de quinto año.

Al relacionar reprobación con la competencia Comunicación, se alcanza en los estudiantes de cuarto año que 94,4% de los que han reprobado una o más asignaturas del ámbito profesional, se perciben con buenas habilidades comunicacionales y estar

frecuentemente y medianamente de acuerdo con el enunciado, mientras que el 66,7% no está de acuerdo. En quinto año, los alumnos que señalan estar de acuerdo llega a un 81,3% y los en desacuerdo al 68,8%.

Tabla 16

Mala percepción de habilidades comunicacionales en estudiantes de cuarto año

Variables	Total respuestas por variable*	De acuerdo con enunciado positivo		En desacuerdo con enunciado negativo	
		Suma respuestas por variable	Porcentaje	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo Hombres	44	1	2,3	3	6,8
Mujeres	172	2	1,2	19	11,1
Menores de 25 Años	192	1	0,5	19	9,9
Valdivia	56	1	1,8	2	3,6
Reprobación	36	1	2,8	1	2,8
Total	216	3	1,4	22	10,2

Tabla 17

Mala percepción de habilidades comunicacionales en estudiantes de quinto año

Variables	Total respuestas por variable*	De acuerdo con enunciado positivo		En desacuerdo con enunciado negativo	
		Suma respuestas por variable	Porcentaje	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo Hombres	12	0	0	0	00
Mujeres	164	6	3,7	19	11,6
Menores de 25 Años	144	2	1,4	14	9,7
Valdivia	68	0	0	6	8,8
Reprobación	16	2	12,5	2	12,5
Total	176	6	3,4	19	10,8

En cuanto a la mala percepción de habilidades, tras un análisis de los datos se obtuvo que un 10,2% y un 10,8% de los alumnos de cuarto y de quinto respectivamente dicen sentir que tienen baja habilidad comunicacional. Por su parte, los estudiantes en desacuerdo con el

enunciado y con una mala percepción de habilidades llegan a 3,4% en quinto y a un 1,4% en cuarto año.

Los estudiantes varones de cuarto año llegan a un 6,8% de acuerdo con el enunciado y un 2,3% en desacuerdo, mientras que en quinto año ninguno tiene mala percepción de su habilidad comunicacional. A diferencia de las estudiantes de sexo femenino, donde se observa un mayor porcentaje de casos que perciben tener menores habilidades comunicacionales llegando a un 11,6 % del total de mujeres que está de acuerdo con el enunciado en negativo; un 3,7% está en desacuerdo del enunciado planteado en positivo en quinto año, en cuarto año los valores son similares ya que un 1,2% refiere estar en desacuerdo con el enunciado positivo y 11,1% de acuerdo con el enunciado negativo.

De los alumnos que se perciben con bajas habilidades comunicacionales; se puede observar que en los alumnos menores de 25 años y que están cursando quinto año un 9,7% está de acuerdo con los enunciados en negativo, porcentaje levemente inferior a los estudiantes de cuarto año donde se presenta un 9,9%. Dentro de los estudiantes en desacuerdo con los enunciados en positivo se encontró un 1,4% en jóvenes de quinto y un 0,5% en los de cuarto.

En relación a la procedencia de los estudiantes, en los de cuarto año que provienen de Valdivia un 1,8% se percibe a sí mismo con malas habilidades comunicacionales y está en desacuerdo con los enunciados en positivo, sin embargo, quienes si se suma a los que están de acuerdo con los enunciados en negativo aumenta hasta un 3,6%. De los alumnos de quinto año ninguno está en desacuerdo con los enunciados en positivo, pero de acuerdo con las aseveraciones en negativo se obtiene un 8,8% de los alumnos.

Frente a ambas reacciones, se obtiene que de los alumnos de quinto año que han reprobado una o más asignaturas del ámbito profesional, el 12,5% refiere tener bajas habilidades comunicacionales mientras que este parámetro en cuarto año llega solo hasta un 2,8%. Por lo referido en el párrafo precedente, se puede observar que es el único parámetro medido de los antes ya mencionados en esta competencia, donde se puede observar mayor diferencia entre ambos cursos y destaca que los alumnos de 5to año refieren sentirse con menos habilidades comunicacionales que los alumnos de 4to año.

6.1.2.4. Empatía: Respecto a esta competencia, la constituyen 5 preguntas: dos aseveraciones planteadas en positivo y 3 en negativo, lo que significa un total de respuestas para las primeras de 108 y para las segundas de 162. Al respecto, lo más destacable es que el 71,4% de los estudiantes de 4to año y el 77,2% de quinto se consideran empáticos al entregar cuidados, en un porcentaje menor refieren sentirse con poca o nula empatía, siendo de un 8,5% y 7,2 % los alumnos de 4to y 5to año respectivamente.

Según sexo, no hay diferencia significativa. Se puede observar que en las aseveraciones en negativo, el 72% de las mujeres de 4° año y 73% de las de quinto, manifiestan tener presente esta competencia, mientras que en relación a los hombres, el 72,7% de los alumnos de 4° año y el 100% de los de quinto perciben que tienen esta competencia. En tanto que 11,6% de las mujeres en 4° año y 13% de las de quinto, sus respuestas revelan que se le dificulta esta habilidad. En relación a los hombres solo se observa esta dificultad de competencia en 4° año (12,1%). En las aseveraciones en positivo, el 70,9% de las mujeres que se encuentran en 4° año y el 79,2% de las de quinto refieren tener esta habilidad. Para los hombres el 68,2% perteneciente a 4° año y 100% de quinto se perciben con esta competencia adquirida. Sólo 3,5% de las mujeres de 4° año y 4,5% de quinto sus respuestas revelan dificultad en este ámbito.

Al asociar edad con la competencia en las aseveraciones en negativo, el 65% de los menores de 25 años que se encuentran en 4° año y el 66% que cursan 5° año, sus respuestas reflejan mayor habilidad en esta competencia; el 11% y el 10% que corresponden a 4° y 5° año respectivamente presentan habilidades poco empáticas.

En las aseveraciones en positivo, 70,8% de los menores de 25 años que cursan 4° año, refiere buena habilidad en esta competencia durante sus prácticas asistenciales, en comparación a un 81,9% de los que están cursando 5° año. Sólo un 4,2% de estudiantes de 4° año refieren tener habilidades poco empáticas.

Según la procedencia, no se observa una variación significativa entre los alumnos de 4° y 5° año de Valdivia y los que vienen de otros lugares. Respecto a las afirmaciones diseñadas en negativo, un 71,4% de los alumnos que son de Valdivia y un 73% que corresponden a estudiantes que provienen de otros lugares y se encuentran cursando 4° año de la carrera, refieren presentar esta competencia durante sus prácticas, en comparación al 80,4% de los alumnos valdivianos y al 78% que proviene de otras ciudades y que se encuentran cursando 5° año. En cambio el 9,3% de los estudiantes que son de Valdivia y el 13% de los estudiantes que son de otras localidades y que cursan 4° año, refieren tener poca habilidad relacionada a la competencia de empatía, en comparación al 9,8% que se observa en 5° año, sin importar lugar de procedencia.

Para las aseveraciones en positivo 78,5% de los alumnos valdivianos y un 68% que corresponde a los estudiantes que son de otros lugares y se encuentran cursando 4° año de la carrera presentan esta competencia al brindar cuidados en sus prácticas asistenciales, en comparación al 88,2% de los alumnos que son de Valdivia y al 76% que provienen de otras ciudades que se encuentran cursando 5° año. El porcentaje de alumnos que refiere no presentar del todo esta competencia es menos al 3,6% y corresponde a 4° año, sin importar procedencia de los alumnos.

Con respecto a la reprobación de asignaturas relacionadas con atención directa con personas en las aseveraciones negativas el 62,9% de los alumnos de 4° año y el 83,3% de quinto, refieren sentirse empáticos. A su vez, el 1,1% de los estudiantes de 4° y el 8,3% de quinto, sienten que no presentan esta competencia. En los resultados de las aseveraciones planteadas en positivo, el 61,1% de los estudiantes que se encuentra en 4° año, refieren ser empáticos con los usuarios, respecto al 75% que corresponde a 5to año; sólo se observa que existe un pequeño porcentaje (5,5%) correspondiente a 4° año que manifiesta dificultad con esta competencia.

Tabla 18

Buena percepción de habilidades empáticas en estudiantes de cuarto año

Variables		De acuerdo con enunciado positivo (2 y 3)			En desacuerdo con enunciado negativo (-2 y -3)		
		Total respuestas por variable (*2)	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable (**3)	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo	Hombres	22	15	68,2	33	24	72,7
	Mujeres	86	61	70,9	129	93	72
Menores de 25 Años		96	68	70,8	144	105	72,9
Valdivia		28	22	78,5	42	30	71,4
Reprobación		18	11	61,1	27	17	62,9
Total		108	76	70,3	162	117	72,2

*2: equivalentes a los 2 enunciados positivos

**3: equivalentes a los 3 enunciados negativos

Tabla 19

Buena percepción de habilidades empáticas en estudiantes de quinto año

Variables		De acuerdo con enunciado positivo (2 y 3)			En desacuerdo con enunciado negativo (-2 y -3)		
		Total respuestas por variable (*2)	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable (**3)	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo	Hombres	3	6	100	9	9	100
	Mujeres	82	65	79,2	123	90	73,1
Menores de 25 Años		72	59	81,9	108	87	80,5
Valdivia		34	30	88,2	51	41	80,4
Reprobación		8	6	75	12	10	83,3
Total		88	71	80,6	132	99	75

*2: equivalentes a los 2 enunciados positivos

**3: equivalentes a los 3 enunciados negativos

Tabla 20

Mala percepción de habilidades empáticas en estudiantes de cuarto año

Variables		Desacuerdo con enunciado positivo (-2 y -3)			De acuerdo con enunciado negativo (2 y 3)		
		Total respuestas por variable (*2)	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable (**3)	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo	Hombres	22	1	4,5	33	4	12,1
	Mujeres	86	3	3,5	129	15	11,6
Menores de 25 Años		96	4	4,2	192	9	6,3
Valdivia		28	1	3,6	56	4	9,3
Reprobación		18	1	5,5	36	3	11,1
Total		108	4	3,7	216	19	11,7

*2: equivalentes a los 2 enunciados positivos

**3: equivalentes a los 3 enunciados negativos

Tabla 21

Mala percepción de habilidades empáticas en estudiantes de quinto año

		Desacuerdo con enunciado positivo (-2 y -3)			En acuerdo con enunciado negativo (2 y 3)		
Variables		Total respuestas por variable (*2)	Suma respuestas por variable	Porcentaje	Total respuestas por variable (**3)	Suma respuestas por variable	Porcentaje
Sexo	Hombres	3	0	0	9	0	0
	Mujeres	82	0	0	123	16	13
Menores de 25 Años		72	0	0	108	13	12
Valdivia		34	0	0	51	5	9,8
Reprobación		8	0	0	12	1	8,3
Total		88	0	0	132	16	12,1

*2: equivalentes a los 2 enunciados positivos

**3: equivalentes a los 3 enunciados negativos

7. DISCUSIÓN

En la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, se observan los diferentes puntos abordados en su trabajo, destacando la relación paciente/ profesional de la salud como parte fundamental de un sistema de salud adecuado, donde se debe mantener una relación amena y de crecimiento mutuo. Para ello es necesario que el profesional de la salud esté dispuesto a expresar sus sentimientos y a entender las necesidades del usuario para así poder favorecer una relación eficaz, empática y de respeto mutuo. Sin embargo, se pudo observar en este estudio, un alarmante 20% de los alumnos de cuarto y quinto año que se perciben a sí mismos como seres poco empáticos, y resulta importante ya que serán ellos en los años próximos, quienes estén brindando atención directa a los usuarios de un sistema público o privado.

Al completar este estudio no se encontraron diferencias importantes entre estudiantes de cuarto y quinto año en las distintas variables en que se clasificaron las preguntas, excepto pequeñas diferencias en las competencias de comunicación y empatía. Relacionado a comunicación, al cruzar las variables con el nivel de reprobación de los alumnos se destacan los de 5to año con un 12,5% de individuos que refieren mantener bajas habilidades comunicacionales versus alrededor de un 3,5% de los alumnos de 4to año. Si es considerable destacar que el 71,4% de los estudiantes de cuarto año perciben poseer la habilidad de ser empáticos al momento de entregar cuidados, en comparación a un 77,2% que corresponde a los alumnos de quinto año, mientras que un 8,5% de los estudiantes de cuarto año, perciben que no poseen por completo esta habilidad, en comparación al 7,2% que corresponde a los estudiantes de quinto año, lo que sin duda es un resultado preocupante; siendo esta un área donde se podría trabajar con los estudiantes.

Dentro de los objetivos propuestos por este equipo de trabajo se planteó; “determinar la asociación que existe entre variables sociodemográficas y la escala de cuidado humanizado”. Este objetivo es el más relevante ya que luego del análisis de resultados se infiere que no existe una relación directa entre las variables sociodemográficas y el resultado expresado en CES. Por lo expresado anteriormente, en la investigación se acepta la Hipótesis Nula H_{00} ya que según los resultados del análisis de las respuestas a los instrumentos aplicados; “las variantes independientes no inciden en la percepción del cuidado humanizado entregado por los estudiantes de enfermería de 4° y 5° de la Universidad Austral de Chile”.

Al igual que esta investigación, la doctoranda Margarita Poblete en su estudio titulado “*Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y*

asistenciales”, no encontró diferencias significativas entre ambos grupos, destacando sí una leve diferencia en las enfermeras asistenciales, quienes en la clínica tienen un mayor contacto con los pacientes. Sin embargo, a diferencia de este estudio, Poblete, no clasificó los distintos enunciados según las competencias, por lo cual, no obtuvo resultados relacionados a ello. Sin embargo, cabe destacar que, al no separar los reactivos o ítems según competencias, no le arrojó un resultado que ella considerara relevante, como en este caso se obtuvo respeto a las preguntas clasificadas como habilidades de empatía.

También es importante destacar el estudio de Miranda et al. “*Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014.*”, en el cual, al consultar a los pacientes, el 86% señala recibir un cuidado humanizado del profesional de salud del servicio, específicamente de los profesionales de enfermería. Sin embargo, dicho estudio también contempla una categoría en la cual se evalúa la empatía, destacando que en su mayoría los pacientes perciben siempre un trato empático, que corresponde a un 60% aproximadamente. No obstante, se puede destacar que 33,9% de los pacientes responde que este trato humanizado empático es casi siempre y en términos de porcentaje se puede decir que habría una congruencia al comparar los resultados de nuestro estudio desde la mirada de los estudiantes al entregar un cuidado que involucre la empatía.

En el estudio “*Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado*” realizado el 2012 en la comuna de Concepción, Chile por Salgado et al.; resalta que el porcentaje total de los internos encuestados refieren casi siempre y siempre tener comportamientos relacionados a lo que es seguridad en los cuidados que entregan, comunicación y relación con otros, por lo que existe una similitud con los resultados obtenidos este estudio, donde el 87,1 % de los internos de enfermería refieren poseer estas habilidades.

Salgado et al., al evaluar la percepción de cuidado del binomio estudiante-paciente, pudo obtener una visión más global y comparar ambas perspectivas. Ese estudio consideró 5 grupos distintos de preguntas, las cuales apuntaban a la relación interpersonal y destrezas teóricas y prácticas principalmente. Además, se realizó una división entre diferentes campos clínicos en los que realizaban sus experiencias los estudiantes, y distinguieron que existen apreciaciones disímiles según el centro asistencial donde se realizaron dichas evaluaciones. Esto nos parece importante, ya que son ámbitos a considerar al momento de evaluar la percepción del cuidado en las investigaciones. Además, los resultados permiten inferir que las oportunidades de realizar prácticas en campos clínicos de distintas áreas o especialidades les confieren a los estudiantes mayor experiencia, contribuyendo a desarrollar habilidades superiores, teórico-prácticas y relacionales con los clientes/pacientes.

También se desprende del estudio de Salgado et. al., que al comparar la opinión de estudiantes y pacientes, existen algunos aspectos subestimados o sobrevalorados por los

estudiantes con respecto a la percepción de los pacientes. Esto nos parece importante a considerar al relacionarlos con los resultados de la presente investigación, principalmente en el ámbito de la empatía, debido a que, si en este estudio se hubiera realizado la aplicación del instrumento a los pacientes atendidos por los estudiantes, tal vez hubiera ocurrido el mismo fenómeno, o en contraparte, se hubiera reafirmado dicha percepción.

En el artículo de Burgos, C. *“El cuidado en Enfermería desde las perspectivas de la ética del cuidado y del género”* realizado entre el 2011 y el 2012, donde se entrevistaron 11 enfermeros/as que se desempeñan en el Hospital Base de Valdivia, se obtuvo que no existe diferencias entre profesionales de sexo masculino y femenino respecto a aspectos del cuidado y su valoración. Ambos grupos destacan compromiso, valores y dedicación al entregar los cuidados pertinentes a usuarios/clientes. En este estudio se obtuvieron resultados similares, al no existir diferencias entre el cuidado brindado por estudiantes hombres y mujeres.

Por otra parte, el estudio de Burgos, C. plantea que entre más años de experiencia tienen los enfermeros entrevistados, más desplante poseen al entregar cuidados. Al comparar ese aspecto con resultados de esta investigación, se obtiene que los estudiantes de cuarto y quinto año perciben sentir seguridad al brindar cuidados según su nivel y formación académica, siendo aún mayor en los de quinto año, quienes refieren mayor habilidad en el quehacer.

La investigación de Burgos, C. es de metodología cualitativa, lo que aporta con mayor profundidad la importancia que otorgan a la capacidad de empatizar los/las enfermeros/as. Los profesionales entrevistados en su mayoría tenían vasta experiencia en el ejercicio de la profesión, ellos reconocen lo trascendental para los pacientes que quien los atiende, tenga esta competencia al momento de recibir el cuidado. Al respecto, si se contrastan estos datos con los resultados de nuestro estudio, se puede afirmar que es fundamental desarrollar dicha habilidad en el periodo de ser un profesional en formación, puesto que a través de la práctica se puede reconocer lo relevante y el valor que tiene para los clientes/pacientes.

8. CONCLUSIÓN

En este estudio se pudo generar un perfil sociodemográfico de estudiantes que cursaban en el 2018, cuarto y quinto año, en la Universidad Austral de Chile, sede central ubicada en la ciudad de Valdivia. Además se obtuvo la percepción acerca de los cuidados humanizados que otorgan y observan durante sus prácticas clínicas. Se pudo observar que no existen diferencias importantes entre el nivel de cuarto o quinto año de los estudios de enfermería, así como, que las variables sociodemográficas tampoco influyen directamente sobre dicha percepción. Lo anterior, se puede afirmar posterior al análisis de las respuestas emitidas en el instrumento de la escala CES, al identificar diferencias entre los estudiantes de estos grupos y realizar el cruce de dichas respuestas con distintas variables de la encuesta sociodemográfica. En general, los estudiantes de cuarto y quinto año perciben que entregan un cuidado humanizado y mantienen estrechas relaciones con los pacientes asignados durante sus actividades práctico-clínicas.

Por otra parte, dentro de nuestro análisis destacamos que; si bien, no existe mayor relevancia de las variables sociodemográficas hubo algunos casos específicos donde sí se demostró que el nivel de reprobación afectó la percepción de los alumnos en cuanto a sus propias habilidades, ya sea en comunicación, seguridad al brindar atención o relación con el paciente/cliente. Otro aspecto relevante a destacar fue el nivel de empatía en los estudiantes tanto de 4° como 5° año, considerando que esta habilidad resulta fundamental a la hora de relacionarnos con nuestros pacientes, tanto en la etapa de formación como al momento de ejercer como profesionales. Por lo cual, creemos que es importante el trabajo individualizado que los académicos puedan realizar con esos estudiantes en este aspecto, para que ellos se adquieran y se sientan con las capacidades y habilidades necesarias al afrontar situaciones que presenten los pacientes en el día a día.

Lo anterior, esperamos pueda servir como base para que en un futuro exista un mayor plan de trabajo y apoyo de parte de la institución o de la Escuela de Enfermería para con sus estudiantes con diversos niveles de reprobación.

Las principales limitaciones al momento de realizar este estudio fueron la disponibilidad de tiempo de los estudiantes y su ubicación geográfica, ya que aunque fue entregado para su revisión el 2 de enero de 2018, hubo importante demora en la evaluación del proyecto por el Comité de ética de la Facultad de Medicina de la UACH, (la patrocinante debió excluirse por potencial conflicto de interés) por lo que los alumnos de quinto año se encontraban cursando sus internados intra y extrahospitalarios en diversos puntos de la zona

sur de Chile. Por lo que, reunir a todos los alumnos de dicho año para aplicar los instrumentos de nuestra investigación se transformó en un verdadero desafío.

En cuanto a las proyecciones como mencionamos anteriormente, esperamos que este estudio pueda servir primeramente en nuestra Escuela e Instituto de Enfermería para iniciar algún plan de acción con los alumnos que hayan reprobado alguna asignatura del área profesional. Además, consideramos que este tipo de estudio puede utilizarse en las distintas Escuelas de Enfermería del país y pudiera extenderse a diversas carreras del área de salud, considerando que en todas ellas el estudiante tiene contacto directo con el paciente/cliente, para poder detectar las falencias percibidas por el estudiante en relación con sus propias habilidades y poder trabajar y reforzarlas de manera oportuna dentro de su formación académica.

9. REFERENCIAS

Alvarado, A. (2004). La ética del cuidado. *Aquichán*, 4(1), 30-39. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005

Bajo, Y., y González, R. (2014). La salud emocional y el desarrollo del bienestar enfermero. *Metas de enfermería*, 17(10), 12-16. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80677/>

Ball, L. (2010). Profile of Carol Gilligan. *Psychology's Feminist Voices*. Recuperado de <http://www.feministvoices.com/carol-gilligan/>

Betancur, S. (s.f). *Operacionalización de variables*. Recuperado de http://fcaenlinea1.unam.mx/anexos/1445/1445_u1_act2.pdf

Burgos, C. (2013). El cuidado en Enfermería desde las perspectivas de la ética del cuidado y del género. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 243-251. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. (1979). *Informe Belmont: principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Recuperado de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

Emanuel, E. (1999). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas*, 83-94. Recuperado de https://63b67e10-a-23e179a4-s-sites.googlegroups.com/a/etikomin.net/open-etikomin/Home/biblioteca/18-1_Eticainvestigacclin_EzEmanuel.pdf?attachauth=ANoY7cruXwN6wWpxlV_Rp2WO7yevRrNLhw_r5mZki634vrAsPpB52tXGJpvtTBdpW3_WzkfXvaLqzVBH_aEBsNQ_Sqg1H_X4VpYIWMOcihA1vkBdoY98ZJqWWmKWlRcs3Cqtvnjsgmu7yklrvQgUBAD3MHul_r-9OyOEEsZBNjKaR5hsoLJa0PjSybeiJnaflx_wbiZTjVr810fs7FKj8kViPh0D3yYy6fWG6b6qdNR3Hjp_5c2LF9gyYCSsTNqboVFsXq7fQpLAOfbvCngh9enRI9aALLxMg%3D%3D&attre_directs=0

Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6(2), 1-17. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412004000200005

Fernández, N. (2000). *Características de desarrollo psicológico del adulto*. Recuperado de <http://biblioteca.iplacex.cl/RCA/Caracter%C3%ADsticas%20de%20desarrollo%20psicol%C3%B3gico%20del%20adulto.pdf>

Ferro, M., Molina, L., y Rodríguez, W. (2009). La bioética y sus principios. *Acta Odontológica Venezolana* 47(2). Recuperado de <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art-26/#>

García, J. (2004). Estudios descriptivos. *Nure Investigación*, (7). Recuperado de <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/bloqueiii/docbiii/estudios%20descriptivos.pdf>

García, L. (2015). La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta bioethica*, 21(2), 311-317. doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200017

Gómez, P. (2009). Principios básicos de bioética. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 55, 230-233. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Recuperado de <http://www.pucesi.edu.ec/web/wp-content/uploads/2016/04/Hern%C3%A1ndez-Sampieri-R.-Fern%C3%A1ndez-Collado-C.-y-Baptista-Lucio-P.-2003.-Metodolog%C3%ADa-de-la-investigaci%C3%B3n.-M%C3%A9xico-McGraw-Hill-PDF.-Descarga-en-l%C3%A1nea.pdf>

Herrera, J. (2008). *Investigación cuantitativa*. Recuperado de <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/11/investigacion-cuantitativa.pdf>

Hueso, A. y Cascant, M. (2012). *Metodología y técnicas cuantitativas de investigación*. Recuperado de https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/17004/Metodolog%C3%ADa%20y%20t%C3%A9cnicas%20cuantitativas%20de%20investigaci%C3%B3n_6060.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Izquierdo, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es&tlng=es

Jiménez, G. (2012). *Teorías del desarrollo III*. Recuperado de [http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Educacion/Teorias del desarrollo III.pdf](http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Educacion/Teorias%20del%20desarrollo%20III.pdf)

Kérouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España: Elsevier-Masson

Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41851999000200004&script=sci_arttext&tlng=pt

Kuerten, P., Lenise, M., De Gasperi, P., Fabiane, L., Waterkemper, R., y Bub, M. (2009). El cuidado y la enfermería. *Avances en enfermería*, 27(1), 102-109. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12959/13677>

Lagos, Z., De Mattos, C., & Urrutia, M. (2013). Competencias blandas y calidez en enfermería: definiciones, concepción y características. *Horizonte de enfermería*, 24(1), 32-41. Recuperado de http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/24-1/31_competencias%20blandas%20y%20calidez%20en%20enfermera%20definiciones%20concepcin%20y%20caracteristicas_horizonte%2024-12013.pdf

Las carreras más demandadas en Chile. (8 de julio de 2016). *Noticias Universia*. Recuperado de <http://noticias.universia.cl/educacion/noticia/2016/07/08/1141611/carreras-demandadas-chile.html>

Medina-Vicent, M. (2016). La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. *Revista internacional de filosofía*, (67), 83-98. doi.org/10.6018/daimon/199701

Milos, P., Bórquez, B., & Larraín, A. (2010). La "Gestión del Cuidado" en la Legislación Chilena: Interpretación y Alcance. *Ciencia y enfermería*, 16(1), 17-29. doi.org/10.4067/S0717-95532010000100003

Ministerio de Educación. (2016). *Estadísticas por carrera*. Recuperado de <http://www.mifuturo.cl/index.php/futuro-laboral/buscador-por-carrera?tecnico=false&cmbareas=9&cmbinstituciones=3>

Ministerio de Salud. (2012). *Derechos y Deberes de los Pacientes*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>

Miranda, P., Monje, P., y Oyarzún, J. (2014). *Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014*. (tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmm672p/doc/fmm672p.pdf>

Namakforoosh, M. (2005). *Metodología de la investigación*. Recuperado de <https://books.google.cl/books?id=ZEJ7-0hmvhWC&pg=PA191&lpg=PA191&dq=censo+metodologia+dela+investigacion&source=bl&ots=i03Dv-L8Y0&sig=nNkPXCsH0pqOuTruKTGO7fZw5fc&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiF5LaGof7WAhUCUJAKHcezAdQQ6AEINDAD#v=onepage&q&f=false>

Olivé, M., y Isla, M. (2015). El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. *Rev ROL Enferm*, 38(2), 123-128. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65766/1/647485.pdf>

Poblete, M. (2009). *Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales*. (tesis doctoral). Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/98823114/Tesis-Cuidado-Humanizado-Percepcion-de-Autoeficacia>

Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier España.

Real Academia Española. (2014). Ética. En *Diccionario de la Lengua Española* (23.^a ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=H3y8Ijj|H3yay0R>

Rivera, L., y Triana, A. (2007). Cuidado humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. *Actual Enferm* 2007, 10 (4), 15-21. Recuperado de https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf

Salgado, J., Valenzuela, S., y Sáez, K. (2015). Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. *Ciencia y enfermería XXI*, (1), 69-79. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n1/art_07.pdf

Segura, K., Miranda, C., y Guillén, D. (2014). Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto. *CuidArte "El arte del cuidado"*, 3(5), 26-36. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/300/435>

Superintendencia de Salud. (2012). *¿Qué elementos de la atención de salud son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho?* Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-7392_recurso_1.pdf

Superintendencia de salud. (2016). *Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud*. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14189_recurso_1.pdf

Urrea, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002

Vargas, Z. (2013). Inteligencia emocional aplicada a enfermería. *Portales médicos.com*. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/inteligencia-emocional-enfermeria/>

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1

10.1.1. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Instrucciones:

La siguiente encuesta busca definir un perfil sociodemográfico de los participantes. Responda la o las alternativas que considere adecuadas, encerrando la letra dentro de un círculo.

Sexo:

A. Femenino	B. Masculino
-------------	--------------

Edad: Años cumplidos.

Estado civil:

A. Soltero	B. Casado	C. Conviviente
D. Otro:		

Hijos:

A. SI	B. NO
-------	-------

Si la respuesta anterior fue SI, responda, ¿Cantidad de hijos?

N° de hijos _____

Procedencia:

A. Valdivia	B. Osorno	C. Puerto Montt	D. Chiloé
E. Otro:			

¿Dónde vives?

A. Casa	B. Pensión	C. Cabaña	D. Departamento
E. Otro: _____			

¿Con quién vives?

A. Padres	B. Abuela/o/os	C. Pareja/esposo	D. Amiga/o/os
E. Otro: _____			

Tipo de familia: (considere hogar de origen)

A. Nuclear	B. Monoparental	C. Biparental extensa
D. Otro:		

Semestre que cursa de la carrera de Enfermería (considere el ENFA que se encuentre cursando):

A. 7°	B. 8°	C. 9°	D. 10°
-------	-------	-------	--------

Actividades extracurriculares (Puede marcar más de una opción si corresponde).

A. Trabajo	B. Deportes	C. Actividades culturales	D. Actividades religiosas
E. Otro: _____			

¿Ha reprobado algún curso clínico?

A. SI	B. NO
-------	-------

Si la respuesta anterior fue SI, responda: ¿Cuál? (Puede marcar más de una opción si corresponde).

ENFA 132	ENFA 121	ENFA 112	ENFA 222	ENFA 212	PSIQ253
ENFA 240	ENFA 241	ENFA 294	ENFA 295		

10.2. ANEXO 2

10.2.1. INSTRUMENTO “CARING EFFICACY SCALE”

Instrucciones: Cuando usted esté respondiendo estos ítems, piense en su trabajo reciente con pacientes en los ámbitos clínicos. Ponga una equis (“X”) en el número que mejor exprese su opinión.

Valores de la escala:

-3	Fuertemente en desacuerdo	+3	Fuertemente de acuerdo
-2	Moderado desacuerdo	+2	Moderadamente de acuerdo
-1	Ligeramente desacuerdo	+1	Ligeramente de acuerdo

ITEMS	-3	-2	-1	+1	+2	+3
1. No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes.						
2. Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.						
3. Me siento cómodo al “tocar” a mis clientes/paciente cuando proporciono cuidados.						
4. Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.						
5. Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueada/o.						
6. Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes.						
7. Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente, al mismo tiempo que los escucho.						

8. Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar al cliente/paciente como persona.						
9. Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes.						
10. Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales.						
11. Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los clientes/pacientes.						
12. Carezco de confianza en mi habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes al mío.						
13. Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control.						
14. Uso lo que aprendo de mis conversaciones con clientes/pacientes para suministrar un cuidado más individualizado.						
15. No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes.						
16. Aun cuando siento confianza en mí misma/o respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con clientes/pacientes.						
17. Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes.						
18. Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis clientes/pacientes.						

19. Usualmente logro agradecerles a mis clientes/pacientes.						
20. A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista los pacientes/clientes cuando lo necesito.						
21. Cuando trato de resolver un conflicto con cliente/paciente, habitualmente lo hago peor.						
22. Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.						
23. Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente, dejo de trabajar con esa persona.						
24. A menudo encuentro difícil relacionarme con clientes/pacientes de culturas diferentes a la mía.						
25. He ayudado mucho a clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.						
26. A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes.						
27. A menudo me siento agobiada/o por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo.						
28. Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.						
29. Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con clientes/pacientes difíciles.						
30. No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.						
Total escala						

10.3. ANEXO 3

10.3.1. SOLICITUD DE USO DE LA ESCALA

Octubre, 2017, Valdivia, Chile.

Sra. Margarita Poblete Troncoso
Dra. en Enfermería
Docente de la Universidad Católica del Maule

Junto con saludarle cordialmente, nos presentamos, somos estudiantes de pregrado de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, sede Valdivia. Estamos realizando nuestra tesis acerca de *“La Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado humanizado que brindan durante sus experiencias clínicas”*, patrocinado por Enfermera y Matrona María Julia Calvo Gil. Este estudio se llevará a cabo en un grupo de estudiantes de Enfermería de la UACH, específicamente, que estén cursando el 4to o 5to año de la carrera.

El motivo de esta misiva es el de solicitar su aprobación del uso de la escala aplicada dentro del estudio *“Cuidado humanizado: Percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales”* realizado el año 2009, la cual modificaremos mínimamente - según su aprobación- para adaptarla al contexto de la población.

En nuestro estudio incluiremos todas las preguntas de la escala y anexaremos a ella una breve encuesta sociodemográfica. Como mencionamos en el párrafo anterior, la *“Caring Efficacy Scale”* se modificará mínimamente, eliminando las expresiones de género femenino, agregando a sus terminaciones a/o, ejemplo: *“A menudo me siento agobiada”* cambiará a: *A menudo me siento agobiada/o*.

Sin otro particular y a la espera de su respuesta, agradeciendo el tiempo invertido en nuestra solicitud, se despiden cordialmente de ud.

Yasna Luengo Catrifi.
Gabriela Tapia Delgado.
Carolina Villalonco Rifo.

10.4. ANEXO 4



Universidad Austral de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

10.4.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de este formulario de consentimiento es proveer a los participantes de la investigación, datos suficientes acerca de la naturaleza de ésta, así como su rol en el proceso.

La presente investigación es conducida por Yasna Luengo Catriful, Gabriela Tapia Delgado y Carolina Villalonco Rifo, estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile (UACH), patrocinada por la Enfermera y Matrona, Sra María Julia Calvo Gil, docente de la Escuela de Enfermería de la UACH. El objetivo de este estudio es conocer la percepción de estudiantes de enfermería de 4° y 5° año de la Universidad Austral de Chile del cuidado humanizado que brindan en sus experiencias prácticas.

Lo invitamos a participar de este estudio, ya que usted se encuentra cursando cuarto o quinto año de la carrera de Enfermería en la UACH, sede Central de Valdivia y se encuentra ejerciendo atención directa a usuarios/pacientes. Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará responder una encuesta sociodemográfica y una escala, ambas de manera anónima, con respecto a la percepción de los estudiantes sobre el cuidado humanizado que brindan durante su experiencia práctica. El tiempo estimado de la aplicación de la encuesta es de 20 minutos aproximadamente y será aplicada una sola vez. La investigación se realizará en dependencias de la Universidad Austral de Chile, sede Central, Valdivia.

La participación en este estudio es voluntaria y no recibirá remuneración por ello. La información que se obtenga será confidencial y permitirá realizar publicaciones en las que de ninguna forma se revelará información de sus datos personales.

Esta investigación no involucra riesgos ni gastos para usted. Los resultados tienen por objetivo beneficiar a la comunidad estudiantil de enfermería de las próximas generaciones, aportando conocimientos respecto competencias logradas en el nivel de cuarto y quinto año por los estudiantes para brindar un cuidado humanizado, por lo que usted no se verá directamente beneficiado con este estudio.

En el caso de presentar inquietudes, dudas o consultas respecto a la investigación, puede realizarlas en cualquier momento durante el desarrollo del estudio. Lo puede hacer de forma personal con los investigadores o a través del correo electrónico tesiscuradoshumanizadosuach@gmail.com. Del mismo modo, si por algún motivo no desea

participar, se siente incómodo y/o no desea seguir participando, puede retirarse de la investigación cuando usted lo estime oportuno, sin que esta decisión lo perjudique ni tenga o consecuencias académicas. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece inapropiada, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Una vez finalizada la investigación, se publicarán los resultados en la biblioteca virtual de la Universidad Austral de Chile, o debe solicitar los resultados al investigador a través del correo antes mencionado.

Este estudio está avalado por el Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile, el cual está presidido por el decano, Doctor Eduardo Ortega Ricci. Correo electrónico facmed@uach.cl, fono de contacto es 063 22221324.

Desde ya le agradecemos su disposición y tiempo brindado.

Yo _____ (Nombre _____ del _____ participante),

_____ he sido informada(o)
por el _____

Srta. _____ (Nombre de la persona que aplica el consentimiento)

_____ respecto a la investigación. Dicha investigadora

ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes. Y por lo tanto he decidido

aceptar _____ no aceptar _____ mi participación en el estudio.

Firma participante
Consentimiento

Firma persona que aplica el

Valdivia, ____ de _____ del _____

10.5. ANEXO 5

10.5.1. AUTORIZACIÓN DE USO DE ESCALA

Correo recibido el día 24 de octubre a las 11:05 AM en respuesta y aceptación a solicitud de uso y modificación de Caring Efficacy Scale.



Margarita Poblete

para mí

Estimadas Estudiantes

Junto con saludar, pueden usar el instrumento en su tesis y les deseo éxito en su estudio.

Saludos Cordiales



Dra. Margarita Poblete Troncoso

Directora del Magister en Enfermería

Fono: 71 2 203124

Mail: mpoblete@ucm.cl

Descarga Google Chrome
Prueba un navegador rápido y seguro con actualizaciones automáticas

NO, GRACIAS

Google

Gmail

REDACTAR

Recibidos
Destacados
Enviados
Borradores (1)
Consultas Profe Fredy
María Julia
Tesis

Tesis UACH
Estimada Dra Margarita Poblete: Junto con saludarle, nos presentamos: Somos L...
24 oct. (Hace 3 días.)

Margarita Poblete
para mí
Estimadas Estudiantes
Junto con saludar, pueden usar el instrumento en su tesis y les deseo éxito en su estudio.
Saludos Cordiales

Dra. Margarita Poblete Troncoso
Directora del Magister en Enfermería
Fono: 71 2 203124
Mail: mpoblete@ucm.cl

10.6. ANEXO 6

10.6.1. TABLA VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

		TOTAL MUESTRA: 98 + (3 eliminados)							
		CUARTO				QUINTO			
		54		CASOS		44		CASOS	
		7MO		8VO		9NO		10MO	
		CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Sexo	Masculino	10	18.5	1	1,9	3	6.8	0	0
	Femenino	42	77.8	1	1,9	36	81.8	5	11.4
Edad	21	10	18.5	0	0	1	2.3	0	0
	22	26	48.2	1	1,9	13	29.6	0	0
	23	5	9.3	0	0	13	29.6	0	0
	24	6	11.1	0	0	5	11.4	4	9.1
	25	1	1.9	0	0	2	4.6	0	0
	26	1	1.9	1	1,9	0	0	0	0
	27	1	1.9	0	0	3	6.8	0	0

	28	1	1.9	0	0	0	0	0	0
	29	0	0	0	0	1	2.3	0	0
	30	0	0	0	0	1	2.3	1	2.3
	31	0	0	0	0	0	0	0	0
	32	0	0	0	0	0	0	0	0
	33	1	1.9	0	0	0	0	0	0
Estado Civil	Soltero	48	88.9	2	3,7	35	79.6	5	11.4
	Casado	1	1.9	0	0	3	6.8	0	0
	Conviviente	0	0	0	0	1	2.3	0	0
	Otro	3	5.6	0	0	0	0	0	0
Hijos	Si	1	1.9	0	0	1	2.3	0	0
	No	51	94.4	2	3,7	38	86.4	5	11.4
Procedencia	Valdivia	13	24.1	1	1,9	16	36.4	1	2.3
	Osorno	7	12.7	0	0	1	2.3	1	2.3
	Puerto Montt	1	1.9	0	0	2	4.6	0	0
	Chiloé	8	14.8	0	0	3	6.8	1	2.3

		Otro	23	42.6	1	1,9	17	38.6	2	4.6
Donde Vives		Casa	14	25.9	1	1,9	20	45.5	2	4.6
		Pensión	4	7.4	0	0	6	13.6	2	4.6
		Cabaña	24	44.4	0	0	12	27.3	1	2.3
		Departame nto	4	7.4	1	1,9	1	2.3	0	0
		Otro	6	11.1	0	0	0	0	0	0
Con Quien Vives		Padres	11	20.4	1	1,9	15	34.1	2	4.6
		Abuela/O/ Os	1	1.9	0	0	0	0	0	0
		Pareja/Espo so	1	1.9	1	1,9	5	11.4	0	0
		Amiga/O/O s	18	33.3	0	0	6	13.6	0	0
		Otro	21	38.9	0	0	13	29.6	3	6.8
Tipo Familia	De	Nuclear	27	50	1	1,9	22	50	4	9.1
		Monoparnt al	13	24.1	0	0	10	22.7	1	2.3

	Biparental Extensa	11	20.4	1	1,9	4	9.1	0	0
	Otro	1	1.9	0	0	3	6.8	0	0
Act. Extracurricular	Trabajo	3	5.6	1	1,9	6	13.6	0	0
	Deporte	13	24.1	1	1,9	5	11.4	1	2.3
	Act. Culturales	9	16.7	0	0	5	11.4	1	2.3
	Act. Religiosas	3	5.6	0	0	1	2.3	0	0
	Otro	21	38.9	0	0	18	40.9	2	4.6
	Mas De 1	3	5.6	0	0	4	9.1	1	2.3
Reprobado	Si	9	16.4	1	1,9	3	6.8	1	2.3
	No	44	81.5	1	1,9	36	81.8	4	9.1

10.7. ANEXO 7

10.7.1. ENUNCIADOS CLASIFICADOS EN CADA COMPETENCIA COMPLETA

Habilidad	Enunciados positivos	Enunciados negativos
Seguridad	<p>4. Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.</p> <p>9. Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes.</p>	<p>1. No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes.</p> <p>12. Carezco de confianza en mi habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes al mío.</p> <p>15. No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes.</p> <p>16. Aún cuando siento confianza en mí misma/o respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con clientes/pacientes.</p>
Comunicación	<p>5. Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueada/o.</p> <p>6. Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes.</p> <p>14. Uso lo que aprendo de mis conversaciones con clientes/pacientes para suministrar un cuidado más individualizado.</p> <p>28. Cuando un paciente/cliente</p>	<p>13. Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control.</p> <p>15. No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes.</p> <p>20. A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista los pacientes/clientes cuando lo necesito.</p> <p>21. Cuando trato de resolver un conflicto con cliente/paciente, habitualmente lo hago peor.</p>

está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.

Empatía

7. Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente, al mismo tiempo que los escucho.

10. Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales.

8. Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar al cliente/paciente como persona.

26. A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes.

27. A menudo me siento agobiada/o por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo.

Relación Interpersonal	<p>2. Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.</p> <p>3. Me siento cómodo al “tocar” a mis clientes/paciente cuando proporciono cuidados.</p> <p>11. Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los clientes/pacientes.</p> <p>18. Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis clientes/pacientes.</p> <p>19. Usualmente logro agradecerles a mis clientes/pacientes.</p> <p>22. Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.</p> <p>25. He ayudado mucho a clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.</p>	<p>15. No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes.</p> <p>17. Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes.</p> <p>23. Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente, dejo de trabajar con esa persona.</p> <p>24. A menudo encuentro difícil relacionarme con clientes/pacientes de culturas diferentes a la mía.</p> <p>29. Aún cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con clientes/pacientes difíciles.</p> <p>30. No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.</p>
-------------------------------	--	--
