

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR

*“RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES EN EL MARCO
DEL SISTEMA DE LA INTERACCIÓN DE CUIDADO ENFERMERA - PACIENTE:
FUNDAMENTADO EN LA ARTICULACIÓN DE LAS TEORÍAS DE IMOGENES
KING Y JEAN WATSON”*

ADALBERTO JOEL BARSALLO BREMNER

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. YOLANDA GONZÁLEZ W.

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL
GRADO DE MAESTRO EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2019

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación primeramente se lo dedico a Dios, quien fue el motor necesario para continuar este gran emprendimiento y por brindarme días de luz, donde solo veía oscuridad.

A mi padre y a mi madre, los cuales me inculcaron que la mejor herencia que podían dejarme era el estudio.

A mi hermana, familiares y amistades, quienes con su apoyo moral y entusiasmo, me impulsaron cuando muchas veces necesité de su respaldo para continuar con este proyecto.

AGRADECIMIENTO

A Dios, primeramente, ya que hoy puedo decir que las metas con fe, esfuerzo y dedicación se pueden alcanzar.

A mi asesora de tesis la Dra. Yolanda González W., quien me guió, enseñó y reorientó cuando perdía la dirección del camino; fue un libro abierto lleno de conocimientos en todo momento.

A la Dra. Sylvie Cossette RN, PhD, por su otorgamiento para la utilización y traducción del instrumento para esta investigación.

Y a cada profesor, que mediante sus conocimientos, intervinieron en la revisión del presente estudio de investigación, desde sus inicios hasta su fase final.

Gracias a todos.

CONTENIDO

	Página
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	1
INTRODUCCIÓN	2
 CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL	
1.1. Descripción.....	4
1.2. Planteamiento del problema.....	5
1.3. El problema.....	13
1.4. Justificación.....	13
1.5. Hipótesis.....	15
1.6. Objetivos.....	25
1.6.1. General.....	25
1.6.2. Específicos.....	25
1.7. Variables.....	29
1.7.1. Definición conceptual.....	29
1.7.2. Definición operacional.....	29
1.8. Supuestos teóricos que guían la investigación.....	30
 CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	
2.1. Percepción.....	33
2.2. Cuidado.....	35
2.3. Interacción de cuidado.....	41

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

3.1. Fundamentación teórica.....	44
3.1.1. Teoría de la consecución de los objetivos de Imogenes King.....	44
3.1.2. Teoría de cuidado humano de Jean Watson.....	48
3.1.3. Integración del diagrama del estudio con los esquemas de las teorías en la investigación.....	53

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación.....	54
4.2 Fundamentación filosófica del método.....	55
4.3 Universo.....	55
4.4 Población.....	56
4.5 Muestra.....	56
4.5.1 Tipo de muestra.....	56
4.5.2 Tipo de muestreo.....	56
4.5.3 Determinación y cálculo de la muestra.....	57
4.6 Criterios de inclusión.....	59
4.7 Instrumento.....	59
4.8 Procedimiento para validación del instrumento.....	61
4.9 Prueba de validación del instrumento.....	63
4.9.1 Escala de interacción de cuidado enfermera-paciente....	64
a) Paciente.....	64
b) Enfermera.....	65

4.10	Categorización de la escala.....	66
4.10.1	Aportes metodológicos.....	66
a)	Categorización e interpretación.....	66
b)	Jerarquización.....	67
4.11	Técnica de recolección de datos.....	68
4.12	Análisis de los datos.....	69
4.13	Consideraciones éticas.....	70
	CÁPITULO V: RESULTADOS.....	72
5.1.	Resultados.....	72
	DISCUSIÓN.....	109
	CONCLUSIONES.....	117
	RECOMENDACIONES.....	120
	LIMITACIONES.....	122
	BIBLIOGRAFÍA.....	123
	ANEXOS.....	128

Índice de cuadros

Cuadro I.	Características sociodemográficas de las enfermeras en el sistema de interacción de cuidado enfermera - paciente.....	73
Cuadro II.	Características sociodemográficas de los pacientes en el sistema de interacción de cuidado enfermera - paciente....	75
Cuadro III.	Distribución por diagnóstico médico de los pacientes hospitalizados participantes del estudio de investigación...	77
Cuadro IV.	Percepción de la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, según las dimensiones globales para la consecución de objetivos de cuidado humanizado.....	78
Cuadro V.	Percepción de la enfermera en la relación de interacción enfermera - paciente según características para la consecución de objetivos de cuidado humanizado.....	79
Cuadro VI.	Percepción de la enfermera y el paciente en la relación de interacción enfermera - paciente según aspectos específicos para la consecución de objetivos de cuidado humanizado.....	81
Cuadro VII.	Percepción de la enfermera y el paciente en la relación de interacción enfermera-paciente, según las diferentes dimensiones de cuidado para la consecución de objetivos del cuidado humanizado.....	83

Índice de gráficas

Gráfico 1.	Clasificación de los datos de los pacientes según escala de medición para la categorización e interpretación de la interacción de cuidado enfermera-paciente.....	85
Gráfico 2.	Clasificación de los datos de las enfermeras según escala de medición para la categorización e interpretación de la interacción de cuidado enfermera-paciente.....	86

Índice de tablas

Tabla 1. Estadísticos de fiabilidad versión paciente.....	64
Tabla 2. Estadísticos de fiabilidad por dimensión versión paciente.....	64
Tabla 3. Medida de adecuación muestral (KMO) y prueba de Bartlett...	65
Tabla 4. Estadísticos de fiabilidad versión enfermera.....	65
Tabla 5. Estadísticos de fiabilidad por dimensión versión enfermera....	65
Tabla 6. Medida de adecuación muestral (KMO) y prueba de Bartlett...	66
Tabla 7. Categorización, interpretación y puntuaciones de la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente para la clasificación del cuidado.....	67
Tabla 8. Cálculo del estadístico de la prueba para la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente.....	89
Tabla 9. Cálculo del estadístico de la prueba para las actitudes y comportamientos.....	90
Tabla 10. Cálculo del estadístico de la prueba para la frecuencia de las actitudes y comportamientos.....	92
Tabla 11. Cálculo del estadístico de la prueba para la satisfacción de las actitudes y comportamientos.....	93
Tabla 12. Cálculo del estadístico de la prueba para la dimensión de cuidado clínico.....	95
Tabla 13. Cálculo del estadístico de la prueba para la dimensión de la relación de cuidado.....	96
Tabla 14. Cálculo del estadístico de la prueba para la dimensión del cuidado humanizado.....	98
Tabla 15. Cálculo del estadístico de la prueba para la dimensión de cuidado de confort.....	99
Tabla 16. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la importancia de las actitudes y comportamientos.....	101

Tabla 17. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la frecuencia de las actitudes y comportamientos.....	102
Tabla 18. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la satisfacción de las actitudes y comportamientos.....	103
Tabla 19. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la percepción de la dimensión de cuidado clínico.....	104
Tabla 20. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la dimensión de la relación de cuidado.....	106
Tabla 21. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la dimensión del cuidado humanizado.....	107
Tabla 22. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto al cuidado de confort.....	108

Índice de figuras

Figura 1. Metaparadigmas de enfermería en la interacción.....	5
Figura 2. Diagrama del sistema de interacción de cuidado enfermera-paciente.....	32
Figura 3. Ingredientes de cuidado.....	37
Figura 4. Proceso de interacciones humanas.....	45
Figura 5. Esquema del sistema de interacción de cuidado enfermera-paciente basado en la teoría de Imogenes King.....	47
Figura 6. Esquema del sistema de interacción de cuidado enfermera-paciente basado en la teoría de Jean Watson.....	51
Figura 7. Esquema general de la investigación en la interacción de cuidado enfermera-paciente.....	53
Figura 8. Esquema del diseño del estudio de investigación.....	54
Figura 9. Escala de medición para la interacción de cuidado enfermera-paciente.....	68

Índice de anexos

Anexo I: Consentimiento informado.....	129
Anexo II: Hoja de datos generales para enfermeras (os).....	131
Anexo III: Hoja de datos generales para pacientes.....	132
Anexo IV: Escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, versión para enfermeras.....	133
Anexo V: Escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, versión para pacientes.....	135
Anexo VI: Escala de interacción de cuidado enfermera paciente, versión enfermeras categorizada.....	137
Anexo VII: Escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, versión paciente categorizada.....	139
Anexo VIII: Autorización del uso de la escala por la Dra. Cossette.....	141
Anexo IX: Aprobación de la investigación por CBI-UP.....	142
Anexo X: Permiso del Hospital Santo Tomás.....	143
Anexo XI: Nota de certificación de revisión y corrección del texto.....	144
Anexo XII: Copia del título del idóneo en revisión y corrección de textos.....	145

RESUMEN

El presente estudio dio a conocer la manera cómo se perciben los cuidados en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás; mediante el análisis de las percepciones, nos permite entender esta apreciación subjetiva, que tiene el paciente y la enfermera acerca del cuidado de enfermería y cuidado proporcionado en el contexto de la relación de cuidado enfermera-paciente.

Objetivo: Analizar la relación entre la percepción de la enfermera y la del paciente, en el marco del sistema de la Interacción de cuidado enfermera - paciente, en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás.

Metodología: Es una investigación de tipo correlacional; se utilizó una muestra de 131 pacientes hospitalizados y 7 enfermeras que laboraron en la sala objeto de estudio. Para la recolección de los datos se utilizó el instrumento "Escala de Interacción de Cuidado Enfermera-Paciente", versión corta para enfermeras y para pacientes por sus siglas en inglés CNPI-23, para medir la percepción de la enfermera y la del paciente; el cual fue traducido al idioma español para el presente estudio, obteniendo una confiabilidad de 0.94 para la versión paciente y 0.97 para la versión enfermera mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach.

Resultados: Para las dimensiones de cuidado obtenidas; según el criterio de siempre, en la dimensión de cuidado clínico: enfermeras 38.2% - pacientes 40% correlación positiva muy baja; dimensión de relación de cuidado: enfermeras 33.2% - pacientes 28.3% correlación negativa muy baja; dimensión de cuidado humanizado: enfermeras 37.4% - pacientes 30.5% correlación negativa muy baja; y dimensión de cuidado de confort: enfermeras 42.3% - pacientes 42.7% correlación positiva muy baja.

Conclusiones: El análisis de la correlación de las dimensiones de la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente respecto a las percepciones de la enfermera y el paciente arrojó algunas variantes. Aunque hubo correlación, resultaron con niveles bajos lo que puede reflejar alguna alteración o modificación en la percepción, lo cual repercute en el cuidado.

Palabras claves: Relación, percepción, cuidado de enfermería, interacción, enfermería cardiovascular, teoría de enfermería. (Fuente: Decs, Bireme).

INTRODUCCIÓN

El presente estudio da a conocer la manera en que los pacientes hospitalizados perciben los cuidados proporcionados por las enfermeras (os) en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás; mediante el análisis de las percepciones, nos permite entender esta apreciación subjetiva, que tiene el paciente y la enfermera acerca del cuidado de enfermería y cuidado proporcionado en el contexto de la relación de cuidado enfermera-paciente.

El resultado de este estudio brinda pautas para la reorientación del cuidado producto de la relación enfermera-paciente, y sirve de fundamento para la elaboración de estrategias, planes, guías de cuidado y el mejoramiento de programas de formación del profesional de enfermería, logrando de esta manera la satisfacción en las necesidades específicas de las personas a su cargo.

El objetivo del estudio es analizar la relación entre la percepción de la enfermera y la del paciente, en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera-paciente; en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás. Entendiéndose esta percepción como referencia a un conocimiento, a una idea o la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.

Tal percepción surge del entorno donde se da la interacción de cuidado, mediante la relación enfermera-paciente, siendo importante esta relación para el mantenimiento de un vínculo de cuidado, enseñando y ayudando al otro en su recuperación o mantenimiento de la salud.

La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano; hoy en día el desarrollo, los avances científicos y tecnológicos han direccionado el quehacer del profesional de enfermería, olvidando, en algunos momentos, que la esencia de esta profesión es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano. El profesional de enfermería siempre debe brindar el mejor nivel de cuidado en cuanto a asistencia técnica, científica, humana y ética.

Por tal motivo este estudio se centra en conocer cómo es percibido ese cuidado por parte de los pacientes que reciben el mismo, logrando de tal manera evidencia que nos direccionen y garanticen el poder brindar una práctica de cuidado humanizado y eficaz.

El valor de los resultados del estudio esta fundamentado en la Teoría de Consecución de Los Objetivos de Imogene King y la Teoría de Cuidado Humano de Jean Watson. Además que la aplicación del instrumento, escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, esta basado en la teoría de Jean Watson, promoviendo así la autonomía del cuidado enfermero.

Al igual, la realización de una categorización de la escala, basado en los enfoques teóricos, considera las presunciones y elementos de las interacciones presentadas en ambas teorías, lo cual favorece la interpretación de los resultados y aporta significancia al cuidado desde una perspectiva teórica.

La escasa cantidad de estudios correlacionales hallados con base en el objetivo del estudio, limita la comparación del mismo con otras investigaciones.

CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL

1.1. Descripción

El estudio investigativo se desarrolló en el Hospital Santo Tomas, ubicado en Avenida Justo Arosemena, Calle 34 Este y Avenida Balboa, el cual es un hospital de III nivel de atención; conformado por tres edificios de atención: hospitalización, maternidad y consulta externa especializada; y atiende principalmente a la población no asegurada de Panamá; consta con más de 20 especialidades como: cirugía cardiovascular, cardiología, cirugía general, medicina interna, entre otras. Constituido con alrededor de 597 enfermeras, de las cuales 7 laboran en la sala de cardiología con una disponibilidad de ocupación de 35 camas, en turnos de 8 horas, de una a dos enfermeras por turno; las enfermeras que laboran en esta sala no cuentan con especialización en cardiología.

El Hospital Santo Tomás en sus áreas de hospitalización para el año 2017 atendió un total de 27,969 personas, de estas 786 correspondieron a la sala de cardiología representando el 2.8% de la población total.

Las patologías más comunes atendidas en este servicio son el síndrome coronario agudo y la falla cardiaca. Cada enfermera y cada paciente en esta sala forman un proceso interactivo de cuidado enfermera - paciente; en este proceso se forma un sistema interpersonal en donde se realizan juicios concernientes a cada persona. Esas interacciones para el año 2017 fueron de 5,502 interacciones enfermera - paciente.

1.2. Planteamiento del problema

Uno de los metaparadigmas estudiados por el núcleo ontológico y epistemológico de la enfermería es el ENTORNO: espacio que nos rodea, nos vinculamos e interaccionamos con otras personas; y en ese entorno, es donde están inmersas las relaciones interpersonales que se mantienen con los demás, basándose cada una de ellas en diferentes intereses dependiendo del medio donde se desarrolle la misma; en el caso de la enfermera es el contexto donde se desarrolla el cuidado.

La relación enfermera - paciente es importante para mantener la interacción con el paciente en todo momento, logrado este vínculo, podremos ayudar al otro en su recuperación o el mantenimiento de la salud, integrando así cada fenómeno de interés para la profesión de enfermería.

El siguiente diagrama, hace referencia a la relación entre cada fenómeno y cómo convergen todos en un punto de interacción. Se muestra como un sistema abierto, porque cada fenómeno es dinámico e influye en los demás.

Fig. 1 Metaparadigmas de enfermería en la interacción



Barsallo, Adalberto (2018). Construido a partir del análisis de los metaparadigmas en la investigación.

Para Hildegard Peplau (1952), en su Modelo Psicodinámico de la Enfermería, basado en las relaciones interpersonales, describe que el profesional de enfermería es capaz de comprender la conducta humana e identificar necesidades, las cuales mediante principios en la relación interpersonal, la enfermera determina y ayuda a reconocer al paciente las mismas, estableciendo metas y el logro de sus objetivos.

El profesional de enfermería debe tener habilidades verbales y no verbales, para el establecimiento de una relación interpersonal enfermera-paciente en su práctica diaria; ya que esta se da producto del cuidado y es de esta interacción de cuidado donde surgen las percepciones; por tal razón, como profesionales garantes de la salud, mediante el cuidado proporcionado, debemos mantener una práctica de cuidado recíproca, sin juicios, ni estereotipos, con empatía e integrativa hacia ese paciente a nuestro cargo.

En países como Perú, Colombia y México, Delgado Panez (2008); Ramírez y Parra (2011); Ortega (2004); González y Quintero (2009) y Rojas y Barajas (2012), realizaron respectivamente estudios de la percepción del comportamiento, de la calidad y de la humanización, ya sea desde el punto de vista de la enfermera o del paciente; teniendo como resultados en algunos positivo hacia el lado humanizado y en otros una desfavorable aprobación hacia el lado personal y resaltando una mayor importancia solo en el lado del cuidado biológico.

Los diversos estudios enfocados en la percepción del paciente en cuanto a los cuidados de enfermería, van encaminadas a conocer y evaluar las acciones

realizadas por el personal de enfermería en cuanto a los cuidados proporcionados a las personas a su cargo.

La enfermería implica el cuidado de la salud del ser humano; y el desarrollo, los avances científicos y tecnológicos han direccionado el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de esta profesión es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano. Daza de Caballero (2005) destacó entre sus resultados: “La necesidad de redimensionar el cuidado de enfermería desde la perspectiva del rol, que el desarrollo de la profesión demanda ante las crecientes necesidades de salud, la reorganización de los servicios y los avances científicos y tecnológicos que imponen a enfermería un nuevo estilo de práctica” (p.48).

En Colombia, Bautista (2008), señala que los comportamientos del personal de enfermería más importantes percibidos por los usuarios se relacionan con las habilidades técnicas del profesional y encontrando en menor importancia el trato al paciente.

En México, García y Cortés (2012), señala que el 91% percibió un trato digno adecuado por la enfermera, y que el 90% manifiesta haber sido tratado con respeto.

Estas investigaciones tienen el fin de evaluar la efectividad de los cuidados proporcionado por el profesional de enfermería, ya que los mismos constituyen un indicador en la medición de calidad asistencial brindada, pudiendo ser afectados por ciertos factores como: el trato al paciente, experiencia técnica y el medio ambiente donde se propicia el cuidado.

Al mantener una interacción de cuidado, debemos estudiarla y comprenderla; y estar claros de nuestra naturaleza como seres humanos, de nuestras limitaciones, oportunidades y fortalezas para poder garantizar la misma.

En Colombia; Sierra, Cardona, Bernal y Forero (2005), efectuaron una investigación sobre la percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias, teniendo como resultado final un nivel positivo de satisfacción con el cuidado recibido.

Igualmente en Colombia, Rivera y Álvaro (2007), llevaron a cabo un estudio sobre la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Obteniendo como resultados que el 86.7% de las personas perciben como siempre el cuidado humanizado, el 12.04% casi siempre y el 1.09% algunas veces. Entre algunos de los comportamientos de cuidado que fueron percibidos en menor medida son: empatía 77.7% y apoyo emocional 79.6%.

Se habla de una reforma humanista, no solo de nuestra profesión, sino de todo el sector salud; pero como actores principales encabezamos esta petición de tratar a ese paciente como un ser humano, de darle identidad propia. Por eso contamos con los derechos de los pacientes y leyes de salud, las cuales de alguna manera tratan de direccionar ese actuar hacia lo correcto, promover bienestar y evitar el daño. Rigiéndonos por principios bioéticos que garanticen ese actuar de nuestra profesión hacia ese lado humano. Frenk J. (como se citó en Salcedo-Álvarez, 2007): “Un sistema de salud que no ubica a la calidad en el centro de sus preocupaciones

corre el riesgo de gastar su valioso recurso sin lograr el efecto deseado o peor aún, de producir iatrogenia e insatisfacción”

Espinoza (2010), realizó un estudio sobre el cuidado humanizado y la percepción del paciente, concluyendo que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, lo que evidencia una atención de baja calidad.

En Colombia, Torres (2010), efectuó un estudio de la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados, teniendo como resultado en general una percepción positiva en cuanto al cuidado de enfermería recibido.

La investigación y la enfermería van de la mano, pues mediante estas se logra la adquisición de nuevos conocimientos fundamentados y con bases científicas. Todo proceso de investigación es fundamental en el desarrollo de cada profesión, pues sin esta no se lograrán los avances y conocimientos específicos. “ Si el proceso de cuidar comienza por un acto de reflexión de las necesidades vitales y la búsqueda del tipo de respuestas que hay que dar, es necesario apelar a conocimientos diversos y de diferente naturaleza para percibir los signos del proceso salud - enfermedad y comprender su significado”. (Colliere, 1993, p.42).

En Perú, Romero Ameri (2008), efectuó un estudio sobre la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera, teniendo como uno de los resultados un rango medianamente desfavorable con tendencia a la negatividad hacia la dimensión interpersonal.

Por otra parte en México, Torres y Rivas (2010), realizaron un estudio sobre la percepción del paciente hospitalizado y trato digno proporcionado por una enfermera o enfermero, obteniendo una buena percepción por parte del personal de enfermería sin influir el género de este.

De los estudios investigativos revisados, se concluye que la atención de enfermería es eje primordial en cuanto a la salud del paciente tanto física como mental, ya que es el personal de enfermería el que está en interacción directa por más tiempo con el paciente hospitalizado. Se analiza en bajo nivel la atención personalizada y humanizada, en la cual el paciente como persona desea que se le distinga su existencia, derechos y su vida; proporcionándoles cuidados con un trato amable, con interés, respeto, comunicación y empatía; así direccionados a lograr la satisfacción y mejora en los cuidados proporcionados por las enfermeras y enfermeros.

Los procesos de investigación en enfermería permiten fortalecer, descubrir, orientar y direccionar las prácticas de cuidado. “Algunas enfermeras son productoras de investigación y dirigen estudios que generan y mejoran el conocimiento necesario en la praxis enfermera. Otras enfermeras son consumidoras de investigación y utilizan los hallazgos de otros para mejorar su propia práctica profesional” (Burns, 2004, p.7).

Nos falta mucho aún, pero con el pasar del tiempo hemos incrementado la realización de estudios investigativos en la práctica profesional bajo la

concientización, el respeto de la dignidad y normas éticas para con la persona humana.

En el Hospital Santo Tomás, a través del Departamento de Atención al Usuario y la Oficina de Calidad, llevan a cabo encuestas de opinión a los pacientes hospitalizados en diferentes salas, donde se formulan diversas preguntas sobre infraestructura, dieta, temperatura, limpieza y la atención del personal en general. Estas no son llevadas propiamente por un personal de enfermería, no tienen sustentación teórica y tampoco llevan un proceso de investigación; por lo cual no nutren la profesión de enfermería y la práctica del cuidado.

Las grandes teoristas en enfermería Florence Nightingale, Hildegard Peplau, Virginia Henderson, Faye Abdellah, entre otras, hasta nuestros días; sentaron y consolidaron las bases teóricas, científicas y filosóficas, basadas en investigaciones para el desarrollo de la profesión de enfermería, que nos hacen tener un lugar importante en el desarrollo de las ciencias de la salud. Daza de Caballero (2005) realizó un estudio investigativo en distintas fases, concluyendo: “El cuidado de enfermería, se convirtió en el eje central de la reflexión, y se encontró como aspecto crítico un distanciamiento entre los aspectos teóricos y el mundo real de la práctica” (p.48).

Las bases teóricas de enfermería deben ser integradas en la práctica diaria de la profesión y en las investigaciones realizadas para la comprensión del cuidado de la persona, de la salud, del entorno y para la formación profesional. “La teoría permite tener una práctica evaluable y genera indicadores empíricos con base en los cuales

se puede mejorar lo que se desarrolla en la cotidianidad” (Moreno-Fergusson, 2014, p.30). Ya que solo a través de la investigación se consolidan las bases y se obtienen evidencias científicas.

Las investigaciones propiamente realizadas en la profesión de enfermería, deben responder a: ¿Serán útiles para la práctica?, sin perder la perspectiva de nuestro quehacer, que es el cuidado, a la persona sana o enferma; para así incrementar el cuerpo de conocimientos de la profesión de enfermería. “Las posibles respuestas a estos planteamientos sólo podrán obtenerse a través de estudios serios y sistemáticos de investigación que conduzcan hacia la búsqueda y la propuesta de modelos alternativos en el ser, el quehacer y el saber de la profesión, haciendo de la práctica el principal objeto de estudio” (Nájera y Muñoz-Ledo, 2008, p.54).

El estudio a investigar nos dará a conocer la manera en que se perciben los cuidados por parte de los pacientes hospitalizados y los cuidados proporcionados por las enfermeras en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás; mediante el análisis de las percepciones descritas, entendiéndose esta como la apreciación subjetiva que tiene el paciente y la enfermera acerca del cuidado de enfermería y cuidado proporcionado. Se evaluará la efectividad mediante un instrumento estructurado en cuanto al cuidado; de esta manera se podrán elaborar estrategias, planes, guías de cuidado y el mejoramiento de programas de formación, de acuerdo con los resultados obtenidos, en la cual el personal profesional de enfermería se beneficie encaminándose al mejoramiento del cuidado y asistencia, logrando de esta manera la satisfacción en las necesidades de las personas a su cargo.

1.3. El problema

Lo antes expuesto nos lleva a la formulación de la siguiente interrogante:

¿Cómo es la relación entre la percepción de la enfermera y la del paciente, en el marco del sistema de la Interacción de Cuidado Enfermera - Paciente?

1.4. Justificación

Las instituciones de salud en nuestro medio están inmersas en un modelo biomédico y curativo que han reducido el aspecto humanístico y han acentuado los aspectos biológicos; las enfermeras/os no escapan de esta realidad perdiendo en ocasiones su visión humanística y holística del cuidado.

La conveniencia del estudio de la interacción enfermera- paciente, desde la percepción de los actores facilitará la restructuración del sistema de interacción de cuidado enfermera - paciente haciéndolo más efectivo al responder a la realidad de cuidado que demanda el individuo, familia y comunidad.

El enfermero (a) profesional debe planificar, ejecutar y controlar el cuidado con calidad y sensibilidad humana; evaluar el cuidado desde el punto de vista del paciente es de relevante importancia, ya que al obtener las respuestas sobre las características y actitudes del cuidado recibido, se obtienen datos útiles para hacer más eficaz la relación de interacción enfermera- paciente, dando lugar al cuidado efectivo, ayudando al paciente a su pronta recuperación.

En cuanto a las implicaciones para la práctica el conocimiento derivado del abordaje del estudio de la relación de interacción enfermera – paciente, desde la

percepción de ambos actores será trascendental para la re-conceptualización y la modificación de la práctica del cuidado en el contexto de la disciplina, tanto a nivel nacional como internacional, ya que enfocará aspectos relevantes para la consecución de la metas del cuidado y promoverá un cuidado humanizado por parte de la enfermera/o, generando una práctica de cuidado innovador encaminado a satisfacer las necesidades reales del individuo, familia y comunidad; en todos los contextos de la salud y en especial en aquellos con direccionamiento biomédico en donde la tecnología actualmente marca las pautas del cuidado tecnificado.

Además, sus resultados ayudarán a la enfermera/o a realizar juicios de carácter científico concernientes a la calidad del cuidado que oferta, ya que le brindará conocimientos validados para la organización y establecimiento de planes, estrategias de cuidado y para el mejoramiento en la formación académica de la o el enfermero profesional, asegurando la sostenibilidad de una relación de interacción enfermera- paciente efectiva, dirigida hacia la continuidad de un cuidado humanizado e innovador.

El valor teórico del estudio radica en sus resultados que serán fundamentados en la Teoría de Consecución de Los Objetivos de Imogene King y la Teoría de Cuidado Humano de Jean Watson, promoviendo así la autonomía del cuidado enfermero, aumentando el cuerpo de conocimientos que enriquece la disciplina de la profesión de enfermería.

La utilidad metodológica del estudio consiste en el instrumento a utilizar “Caring Nurse – Patient Interactions Scale”, “Escala de Interacción de Cuidado Enfermera –

Paciente” (CNPI – 23) de Sylvie Cossette, RN, PhD (2006), el cual será traducido al español con permiso de la autora y será validado en Panamá, siendo de utilidad para futuras investigaciones en el ámbito de los países hispano parlantes. Igualmente se desarrollará para este instrumento una escala de medición la cual permita jerarquizar, categorizar e interpretar los resultados obtenidos una vez aplicada la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente.

1.5. Hipótesis

Las hipótesis de la investigación guían el estudio, explican el fenómeno y apoyan la prueba teórica; al respecto Sampieri, Collado y Lucio (2014) señalan, las hipótesis correlacionales especifican las relaciones entre dos o más variables.

Según su alcance en la presente investigación es correlacional con dos variables y en cuanto a la forma en que se establecen las relaciones entre las variables es de tipo asociativa, sin relación de dependencia.

Para el abordaje del estudio del fenómeno de interacción enfermera – paciente en el marco del cuidado de la percepción de la enfermera y la del paciente; se plantean hipótesis metodológicas y estadísticas.

La percepción en la consecución de los objetivos y cuidado humanizado en la relación de interacción de cuidado enfermera - paciente se analizará siguiendo el lineamiento del enfoque teórico desde la **percepción del paciente**, como:

- Dimensiones globales de la escala en la interacción.
- Importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción.

- Frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción.
- Satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción.
- Dimensión de cuidado clínico en la interacción.
- Dimensión de relación de cuidado en la interacción.
- Dimensión de cuidado humanizado en la interacción.
- Dimensión de cuidado de confort en la interacción.

Desde la **percepción de la enfermera**, como:

- Dimensiones globales de la escala en la interacción.
- Importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción.
- Frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción.
- Satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción.
- Competencia de las actitudes y comportamientos en la interacción.
- Factibilidad de las actitudes y comportamientos en la interacción.
- Dimensión de cuidado clínico en la interacción.
- Dimensión de relación de cuidado en la interacción.
- Dimensión de cuidado humanizado en la interacción.
- Dimensión de cuidado de confort en la interacción.

Prueba chi-cuadrada de independencia: determinando si la percepción del cuidado de la enfermera depende de la percepción de cuidado del paciente en la relación de interacción de cuidado o viceversa.

a. Dimensiones globales de la escala en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: dimensiones globales de la escala en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

H1: Existe dependencia en la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: dimensiones globales de la escala en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

b. Importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

c. Frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

d. Satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

e. Dimensión de cuidado clínico en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

H1: Existe dependencia la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

f. Dimensión de relación de cuidado en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

H1: Existe dependencia la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción

de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

g. Dimensión de cuidado humanizado en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

H1: Existe dependencia la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

h. Dimensión de cuidado de confort en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

H1: Existe dependencia la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

Coeficiente de correlación de Spearman: expresa el análisis del fenómeno de estudio interacción de cuidado enfermera - paciente y el grado de asociación entre la perspectiva de la enfermera y la de paciente.

i. Importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

j. Frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado

humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

k. Satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

l. Dimensión de cuidado clínico en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

m. Dimensión de relación de cuidado en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

n. Dimensión de cuidado humanizado en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

o. Dimensión de cuidado de confort en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

1.6. Objetivos

1.6.1. General:

Analizar la relación entre la percepción de la enfermera y la del paciente, en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera - paciente; en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás.

1.6.2. Específicos:

1. Caracterizar a la enfermera, en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera - paciente, aplicando la hoja de datos generales.
2. Caracterizar al paciente, en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera - paciente, aplicando la hoja de datos generales.
3. Caracterizar la percepción de la enfermera en la relación de interacción enfermera - paciente, según características para la consecución de objetivos de cuidado humanizado: competencia y factibilidad, a través de la aplicación de la escala de interacción de cuidado enfermera - paciente (CNPI-23) de Cossette 2006.
4. Caracterizar la percepción de la enfermera y el paciente en la relación de interacción enfermera - paciente según características específicas para la consecución de objetivos de cuidado humanizado según los actores del cuidado, a través de la aplicación de la escala de interacción de cuidado enfermera - paciente (CNPI-23) de Cossette 2006.
5. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado

humanizado en: dimensiones globales de la escala en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

6. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.
7. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.
8. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.
9. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente.
10. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado

humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

11. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.
12. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente.
13. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente, aplicando coeficiente de correlación de Spearman.
14. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente, aplicando coeficiente de correlación de Spearman.
15. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción

de cuidado enfermera – paciente, aplicando coeficiente de correlación de Spearman.

16. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente.
17. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.
18. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.
19. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente.
20. Categorizar y jerarquizar la percepción de la enfermera y la del paciente en la relación de interacción enfermera-paciente, según la clasificación del cuidado para la consecución de objetivos de cuidado humanizado según los actores del cuidado, a través de la aplicación de la escala de interacción de cuidado enfermera - paciente (CNPI-23) de Cossette 2006.

1.7. Variables

Según, Roberto Hernández Sampieri (2014), la variable: “Es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse, (...). Las variables adquieren valor para la investigación científica cuando llegan a relacionarse con otras variables y si forman parte de una hipótesis o una teoría” (p. 105).

1.7.1. Definición conceptual:

- Percepción del cuidado: “Es la forma cómo se interioriza y se clasifican las acciones intencionales de la persona cuidada y cuidadora, (...). Proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior, durante la interacción de cuidado” (Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, 2006, p.7).
- Interacción enfermero (a) - paciente: “Cualquier contacto entre un enfermero/a y una persona enferma, y se caracteriza por el hecho de que ambos individuos perciben al otro con una perspectiva estereotipada” (Joyce Travelbee, Citado por Marriner Tomey, A., 1994, p.357).

1.7.2. Definición operacional:

- Percepción del cuidado: Todo juicio u opinión emitida por los pacientes y/o enfermeras contenidas en la Escala de Interacción de Cuidado Enfermera-Paciente “CNPI-23”, versión para enfermeras y pacientes.

- Interacción enfermero(a) - paciente: Vínculo entre la enfermera al brindar cuidado y el paciente al recibirlo, medible a través de las cuatro dimensiones en la Escala de interacción de Cuidado Enfermera-Paciente “CNPI-23”, versión para enfermeras y pacientes.

1.8. Supuestos teóricos que guían la investigación

Para la presente investigación se verificarán dos supuestos teóricos vinculados:

- a) De la teoría “La Consecución de Los Objetivos” de Imogenes King, utilizaremos y verificaremos el siguiente supuesto:

“La percepción de la enfermera y la del paciente influyen en el proceso de interacción, que conduce al logro de los objetivos”.

- b) De la teoría del “Cuidado Humano” de Jean Watson, verificaremos el supuesto relacionado con los valores del cuidado humano, el cual es el siguiente:

“Solo mediante relaciones interpersonales el cuidado humano se puede demostrar y practicar de manera eficaz”.

A continuación presentaremos algunos puntos de convergencia entre estos dos supuestos:

1. Entre la enfermera y el paciente existe una relación que puede ser: de interacción o relación interpersonal (ambos son sinónimos).

2. La enfermera brinda cuidado, según King, la consecución de los objetivos se logra a través del cuidado que se desarrolla en el contexto de la relación enfermera - paciente; en la cual la percepción de ambos actores es crucial para lograr un cuidado eficaz.
3. Para Watson, en su teoría la persona es: “Un ser en el mundo” posee tres esferas el alma, cuerpo y espíritu, donde estos tres elementos armonizan en la relación para lograr una armonía en la dimensión de la relación enfermera - paciente proporcionando cuidado humano y holístico que promueve una práctica de cuidado eficaz promoviendo a través del humanismo, el cuidado.

Relacionando ambos supuestos (el de King y el de Watson), en el contexto del fenómeno del estudio, obtendremos el siguiente enunciado:

“La relación de la percepción en la consecución de los objetivos de una práctica de cuidado humanizado de la enfermera y la del paciente en el proceso de interacción, influye en la obtención de una práctica de cuidado eficaz”.

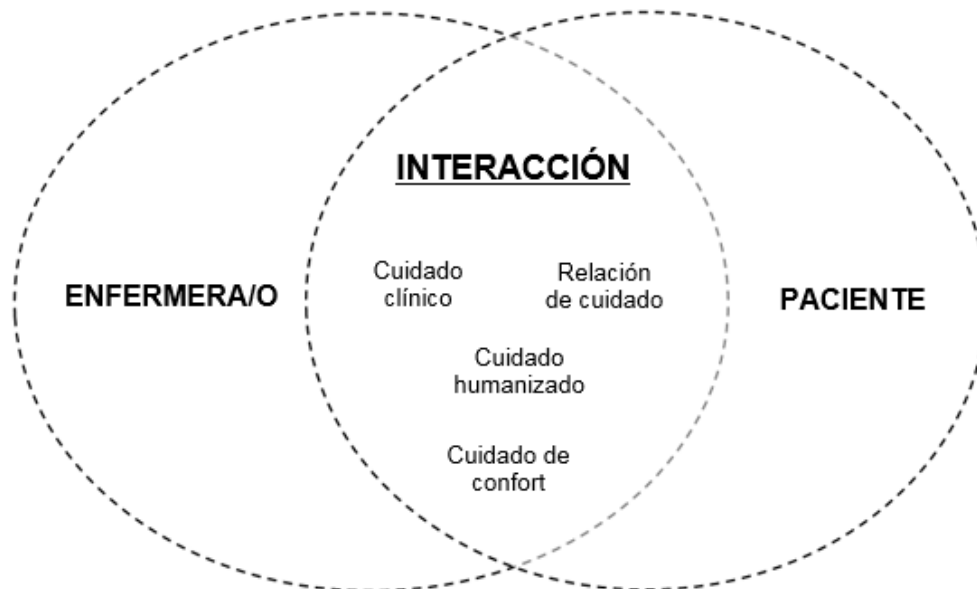
Este nuevo enunciado nos llevó a la formulación de las hipótesis antes expuesta, con el objeto de verificar estadísticamente el supuesto teórico, desde la perspectiva de enfermería que hace énfasis en los siguientes elementos o dimensiones del cuidado enfermero: la existencia de relación o proceso de interacción enfermera - paciente y el cuidado humanizado, en el contexto de una práctica de cuidado eficaz.

En lo que respecta al instrumento, los elementos o dimensiones se contemplan en la escala de interacción de cuidado enfermera - paciente (CNPI-23), versión para enfermeras y pacientes; de Cossette, Sylvie (2006) cuyas dimensiones son las siguientes:

- Cuidado clínico
- Relación de cuidado
- Cuidado humanizado
- Cuidado de confort

Estos responden a las dimensiones que requerimos investigar o verificar en el presente estudio.

Fig. 2 Diagrama del sistema de interacción de cuidado enfermera-paciente



Barsallo, Adalberto (2018). Elaborado respecto a las dimensiones a investigar en el estudio.

CAPITULO II: Marco Referencial

2.1. Percepción

La percepción se refiere a la acción y efecto de percibir (recibir por uno de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo). La percepción puede hacer referencia a un conocimiento, a una idea o a la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.

“La percepción es pasiva y espontánea. Ésta nos hace captar las cosas en un momento dado y en función de nuestra disposición interna y externa” (Cibanal y Arce, 2009, p.27).

El grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (2006), analiza el concepto de percepción como “La acción de percibir una sensación que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos y conlleva al conocimiento”; y la percepción de comportamientos de cuidados como: “El proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior, durante la interacción de cuidado” (P.8).

Para la interacción enfermera - paciente, esa primera impresión que nosotros proyectamos a nuestros pacientes, puede ser determinante en cuanto a la confianza y la honestidad, para la formación de un vínculo en ese marco de interacción. Ya que se crea un proceso constructivo de la información que se tenga, y la que se percibe, formando un juicio concerniente a las personas o situaciones vividas.

“La psicofisiología definía la percepción como una actividad cerebral de complejidad creciente impulsada por la transformación de un órgano sensorial específico, como la visión o el tacto” (Oviedo, 2004, p.89). Para la psicología, la percepción es el primer proceso cognoscitivo y es la función que permite al organismo recibir, elaborar e interpretar la información que llega desde el entorno, a través de los sentidos.

Esta percepción puede ser positiva o negativa, y sufrir alteraciones por diversas causas, “La percepción es puramente individual, subjetiva, llena de errores o deformaciones, a causa de la relación tan individual que cada persona mantiene con lo que le rodea” (Cibanal y Arce, 2009, p.27).

Las expectativas que se tengan previamente ya sea por experiencias propias, de familiares o mensajes informados, van a influir en esa impresión que se forme del sujeto, encasillándolo en un estereotipo grupal.

“La sensación se refiere a experiencias inmediatas básicas, generadas por estímulos aislados simples; la percepción incluye la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización” (Matlin y Foley, 1996, p.554).

Por ende las situaciones pasadas en pacientes recurrentes a los servicios de salud, pueden crear percepciones positivas o negativas según sus experiencias; pero, aquellos que acuden o ingresan por primera vez, pueden crear juicios que afectan la percepción inicial.

“Nuestros aparatos receptores son imprecisos, fluctuantes, variables. Cada uno de nosotros tiene su propia manera de ver las cosas a causa de las necesidades y los fines personales (conscientes o no)” (Cibanal y Arce, 2009, p.37).

2.2. Cuidado

El cuidado se remonta a épocas antiguas del hombre como un acto de instinto, de protección; con el paso del tiempo logra evolucionar hasta la época moderna como bien es dictado en las enseñanzas actuales de enfermería, en donde Florence Nightingale (1854), durante la Guerra de Crimea, Inglaterra, logra a través de acciones organizadas y fundamentadas forjar la enfermería y sus cuidados. “Su modelo teórico se basaba en la relación del medio ambiente con las condiciones de salud de la población, que llevó a un giro en la concepción del cuidado” (Achury, 2006, p.13).

Con el transcurrir del tiempo se ha conceptualizado el cuidado por diversos filósofos, teólogos, teóricos, entre otros; tratando de darle un significado a ese actuar, evolucionando en el tiempo en diferentes etapas en donde Collière (1993), las enumera en etapa doméstica, vocacional, técnica y profesional.

El cuidado más que el acto en sí, implica el compromiso de la persona que lo realiza; hacia la condición humana del que lo recibe. Heidegger (1927) y Mayeroff (1971) refieren que el cuidado es consustancial a la existencia humana, al ser humano, y Boff (2002), afirma que el cuidado es una actitud amorosa hacia sí mismo y hacia los demás. (Citado por Rodríguez, 2017).

El cuidado en enfermería ha evolucionado a lo largo de la historia siendo influido por la cultura, religiones e investigaciones realizadas; nutriéndonos y aportándonos diversos conocimientos para su desarrollo, los cuales nos sirven para referencias y desarrollo de estudios de investigación.

Para Leininger (como citó Rohrbach-Viadas, 1998), teórica en enfermería define cuidado como un fenómeno abstracto y concreto ligado a experiencias o a comportamientos que permiten asistir, sostener o habilitar a otros con necesidades evidentes o anticipadas para mejorar o estimular una condición humana o un modo de vivir o para afrontar la muerte.

Los cuidados de enfermería deben fomentar un estilo de trabajo basado en la mejora continua, desde la planificación, la organización, la ejecución y la evaluación de los cuidados proporcionados. La profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio en donde estemos convencidos de la nobleza del mismo. “Cuidar es y será siempre una actividad inherente a la vida, a la vida en sociedad y a la condición humana” (Quintero, 2001, p.42). El cuidado implica una relación de compromiso entre el que recibe y el que proporciona el cuidado, constituyendo así una experiencia de aprendizaje.

Para Milton Mayeroff (1990), existen ocho ingredientes principales de cuidado, los cuales debemos conocer, entender y poner en práctica a los que proporcionamos cuidados:

Fig. 3 Ingredientes de cuidado



Barsallo, Adalberto (2018). Construido a partir del análisis de los diferentes ingredientes de cuidado para este estudio.

Al proporcionar cuidado como profesionales de salud nuestra principal base es el conocimiento, el cual nos sirve para la implementación de las intervenciones a los pacientes a nuestro cargo, pero no solo el conocimiento descrito como la facultad del ser humano de comprender por medio de la razón, es de poseer un conocimiento científico donde poseamos un conjunto de acciones verificables y que han sido comprobadas mediante evidencia científica. “A veces hablamos como si el cuidado no requiere de conocimiento, como si el cuidado de alguien es simplemente una cuestión de buenas intenciones o advertir respeto. Pero con el fin de cuidar debo entender las necesidades del otro y tengo que ser capaz de responder adecuadamente a ellos, y claramente con las buenas intenciones no garantizo esto” (Mayeroff, 1990, P. 19).

Como profesionales de enfermería el conocer a nuestros pacientes es primordial, ya que de esta manera podremos realizar y garantizar la elaboración de planes de cuidado individualizados, pero no solo el conocer a nuestros pacientes mediante una patología, es ir más allá y ver a un individuo en su ámbito bio-psico-social-espiritual garantizando así una integración del conocimiento.

Somos seres dinámicos, al igual que nuestro entorno cambiante; donde mantenemos ritmos alternantes y en donde cuidar a otros nos exige poseer conocimientos, los cuales nos garanticen la consecución de los objetivos planteados. Ese conocimiento, el cual también se logra mediante la experiencia profesional y los métodos heurísticos, pero con un grado de individualización ejecuto. “No me importa por puro hábito; debo poder aprender de mi pasado. Veo a que ascienden mis acciones, si he ayudado o no, y a la luz de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento para poder ayudar mejor al otro” (Mayeroff, 1990, P.22). Y así consolidar los mismos mediante una base científica.

Uno de los mayores logros de las personas que cuidan es poder garantizar a las personas dependientes del cuidado un restablecimiento de la salud y reintegración a su vida familiar, profesional y social. Pero este restablecimiento se logra mediante la enseñanza y la supervisión continua en el establecimiento de una relación enfermera - paciente, donde transmitimos nuestros conocimientos para que se logre el autocuidado: “La paciencia es un ingrediente importante en el cuidado, (...). Al ser paciente doy tiempo y de un modo capicito al otro para que se encuentre en su propio tiempo” (Mayeroff, 1990, P.24).

Debemos tener en cuenta que como individuos somos únicos y diferentes, y de tal manera cada uno mantendrá un ritmo de aprendizaje. “La paciencia no está esperando pasivamente que algo suceda, sino que es una especie de participación con la otra en la que nos entregamos por completo” (Mayeroff, 1990, P.24).

Entendemos que muchas de las personas enfermas que acuden a los servicios de salud en busca de asistencia se encuentran temerosas, ansiosas o reacias, ya sea por predisposiciones personales, familiares o de algún hecho acontecido, lo cual dificulta el establecimiento de una relación enfermera/o - paciente: “No debe haber una brecha significativa entre cómo actúo y lo que realmente siento, entre lo que digo y lo que siento” (Mayeroff, 1990, P.25).

Como profesionales debemos poder garantizar un cuidado eficaz y eficiente, en donde podamos lograr una relación basada en la honestidad y la confianza de esa otra persona, pero siendo también nosotros mismo honestos y teniendo confianza hacia nuestro propio ser; entendiendo mis capacidades, limitaciones y el grado de aceptación para poder corregir nuestros propios errores y la capacidad de poder reaprender de ellos. “Además de ver al otro tal como es, también debo verme a mí mismo como soy: debo ver lo que estoy haciendo y si lo que estoy haciendo ayuda o dificulta el crecimiento del otro. De confiar en mi propia capacidad de cuidado, tener confianza en mis juicios y confiar en mis instintos” (Mayeroff, 1990, P.27).

No todo está dado por hecho, en un mundo cambiante y de grandes avances científicos el aprendizaje de nuevas actualizaciones se ha convertido hoy en día en una obligación: “El cuidado implica el aprendizaje continuo del otro: siempre hay

algo más que aprender” (Mayeroff, 1990, P.29). Pero no solo el aprender sobre grandes descubrimientos científicos, también el poder abrir nuestro corazón y dejarnos maravillados hasta por los pequeños detalles que nos regala la vida, y por los cuales se crece aún más como persona. La aceptación del prójimo, el escucharlo, comprenderlo nos ayuda a re-conceptualizar nuestro propio punto de vista: “Considero que ninguna fuente está por debajo de mí en principio; no me siento humillado por aprender de ninguna fuente, incluidos mis propios errores. La actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado” (Mayeroff, 1990. P.31).

Existe un adagio popular que dice: “Mientras aún haya esperanza, no todo está perdido”; en su libro *“On Caring”*, Mayeroff (1990) nos plantea: “Tal esperanza no es una expresión de la insuficiencia del presente en comparación con la suficiencia de un futuro esperado; es más bien una expresión de la plenitud del presente, un presente vivo con un sentido de lo posible” (p.33).

En un ambiente donde cotidianamente se lidia con el proceso salud - enfermedad, vemos personas recuperarse por completo, otras que quedan con secuelas incapacitantes y en otro ámbito aquellas que fallecen; como profesionales de salud al tener que afrontar con el dolor, sufrimiento y desesperanza de otros, no podemos crearnos una coraza y hacernos inmune a tales hechos, ya que en esas personas hay algunos que esperan por alguien que actúe diferente. “La esperanza moviliza energías y activa nuestros propios poderes, pero no es simplemente esperanza para el otro, es la esperanza para la realización del otro a través de mi cuidado” (Mayeroff, 1990, P.33).

Al encontrarnos con situaciones desconocidas o las cuales no podemos controlar nos generan cierto grado de miedo e incertidumbre, siendo una reacción normal del ser humano, pero de igual modo poseemos la capacidad o determinación para afrontarlas, y lo cual nos dará la valía ante futuras situaciones y un aprendizaje personal en conjunto con la ayuda de las demás personas. “Confiar en el otro para crecer y en mi propia capacidad de cuidado me da coraje para adentrarme en lo desconocido, y claramente cuanto mayor es la sensación de entrar en lo desconocido, más valor se necesita para el cuidado” (Mayeroff, 1990, P.34).

2.3. Interacción de cuidado

Desde décadas anteriores se conoce que el cuidado es la esencia de la profesión de enfermería; el cuidado de enfermería no solo se basa en la persona aislada, sino que abarca la familia, entorno y la comunidad con fines de promoción, prevención, rehabilitación e integración.

El ser humano constituye para las ciencias de enfermería un ser Bio-Psico-Social, y hoy en día podemos integrar que también espiritual, es decir un ser holístico, en estas cuatro esferas que lo conforman. En su lado social, está representado por las relaciones que la persona mantiene con otros (familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos) formando así un sistema de interacción.

“La interacción es un proceso de percepción y comunicación entre una persona y el entorno o entre una persona y otra, que se manifiesta por conductas verbales y no verbales dirigidas hacia un objetivo”. (Imogenes King, p.145, 1981, citado por Marriner Tomey, A., 1994).

El poder lograr una adecuada interacción en nuestros pacientes, nos ayuda a conocerlos, y poder realizar planes de atención encaminados no solo a su patología, también el poder observar a ese ser en su ámbito holístico. Constituyendo de igual forma una experiencia de aprendizaje a través de la cual dos personas interaccionan solucionando un problema y manteniendo la salud de forma que pueda ejercer su rol, colaborar en su evolución y buscar formas de adaptarse a la situación.

Para Joyce Travelbee, en su Modelo de relación de persona a persona: “El término interacción se refiere a cualquier contacto entre dos individuos durante el cual estos ejercen una influencia recíproca y establecen entre sí una comunicación verbal o no verbal” (Marriner Tomey, 1994, p.357).

Para Joan Riehl-Sisca, en su Teoría interaccionismo simbólico: “Los actores sociales, bien sean individuales o colectivos, se construyen mediante un proceso en el cual los actores perciben, interpretan y valoran las situaciones a las que se enfrentan” (Marriner Tomey, 1994, p.368).

El cuidado se conoce como el esmero, la asistencia e interés que se pone en la realización de algo, en este caso específico, la que se tiene con una persona enferma. Para cuidar de alguien, se debe conocer quién es la persona, limitaciones y necesidades a fin de proporcionar cuidados oportunos. El cuidado se manifiesta en la relación interpersonal, en la integración de conocimientos, en la ejecución de técnicas, en las creencias, valores, ética, juicio crítico, empatía, paciencia, respeto, humildad y la intuición que permiten proporcionar el cuidado.

Para enfermería ese sistema de interacción, persona a persona, o como sería articulado por nosotros, enfermera-paciente es de suma importancia para generar un vínculo recíproco donde esté inmerso el respeto y la confianza, garantizando así no solo una terapéutica de cuidado adecuado en su lado biológico, sino también una integración psicológica, social y espiritual de las personas a nuestro cargo.

“La enfermería es la interacción de los seres humanos con su entorno, se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción”. (Imogenes King, p. 145, 1981, citado por Marriner Tomey, A., 1994).

La interacción enfermera-paciente es fundamental para el profesional de enfermería favoreciendo así la elaboración de planes de cuidado individualizados para cada persona a su cargo, y esta a su vez favorece la descentralización del modelo médico-biológico del cual hoy en día nos encontramos inmersos, y retomar el poder brindar y garantizar un cuidado de enfermería íntegro al ser humano.

CAPÍTULO III: Marco teórico

3.1. Fundamentación teórica

La enfermería se nutre de ciencias sociales, biológicas y médicas, viendo al ser humano como un todo. Y, abordar el conocimiento de la práctica como objeto de estudio, exige del apoyo de disciplinas sociales y las humanidades (Nájera y Muñoz-Ledo, 2008), respaldados por la antropología, filosofía, teología, ontología, psicología, tanatología, sociología, axiología, epistemología y deontología. Las mismas forman parte de las bases científicas y teóricas que hoy tenemos.

Las teorías en enfermería ayudan a definir la disciplina y la consolidan como una ciencia, dotando el cuerpo de conocimientos que ayudan el orientar de la profesión. Para este estudio integraremos dos teorías de enfermería, la Teoría de la consecución de los objetivos de Imogenes King y la Teoría de cuidado humano de Jean Watson, estas nos ayudaron a sistematizar los distintos elementos mediante los cuales evaluamos el marco de la interacción de cuidado enfermera - paciente en esta investigación.

3.1.1. Teoría de la consecución de los objetivos de Imogenes King

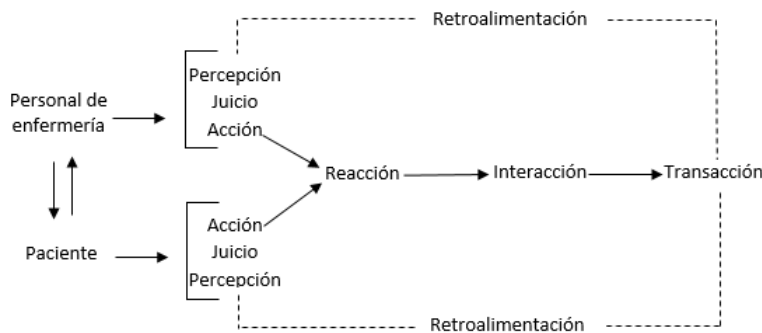
Los principales elementos de la teoría se encuentran en el sistema interpersonal, en el que dos personas se unen para ayudar y recibir ayuda; y mantener un estado de salud que permita funcionar en sus roles (King, p. 142, 1981, citado por Sieloff Evans, C.); por tal razón el marco de interacción enfermera - paciente es un ente importante para poder lograr una consecución de los objetivos planteados.

El cuidado de las enfermeras, es la razón de ser de la profesión y es en ese punto donde se da la interacción entre dos personas que no se conocen, pero que formarán un vínculo hacia la recuperación o mantenimiento de la salud, y nosotros como profesionales garantes del cuidado y con conocimientos dirigiremos a esas personas que se encuentran a nuestro cargo.

Cotidianamente en los servicios de salud donde el profesional de enfermería presta sus servicios, se dan procesos de interacción. Según King, uno de los supuestos teóricos respecto a las personas es “los individuos son seres perceptivos”; los cuales realizan juicios concernientes a las personas o situaciones vividas dentro de su entorno, por tal razón se hace de interés el conocer cómo el paciente y la enfermera percibe la atención brindada y recibida, analizando dos puntos de vista diferentes, pero con igual convergencia que es el cuidado y medir si se logra un igual objetivo.

Las relaciones entre los principales conceptos de King, para el aspecto de la interacción se esquematizan según su autora de la siguiente manera:

Fig. 4 Proceso de interacciones humanas

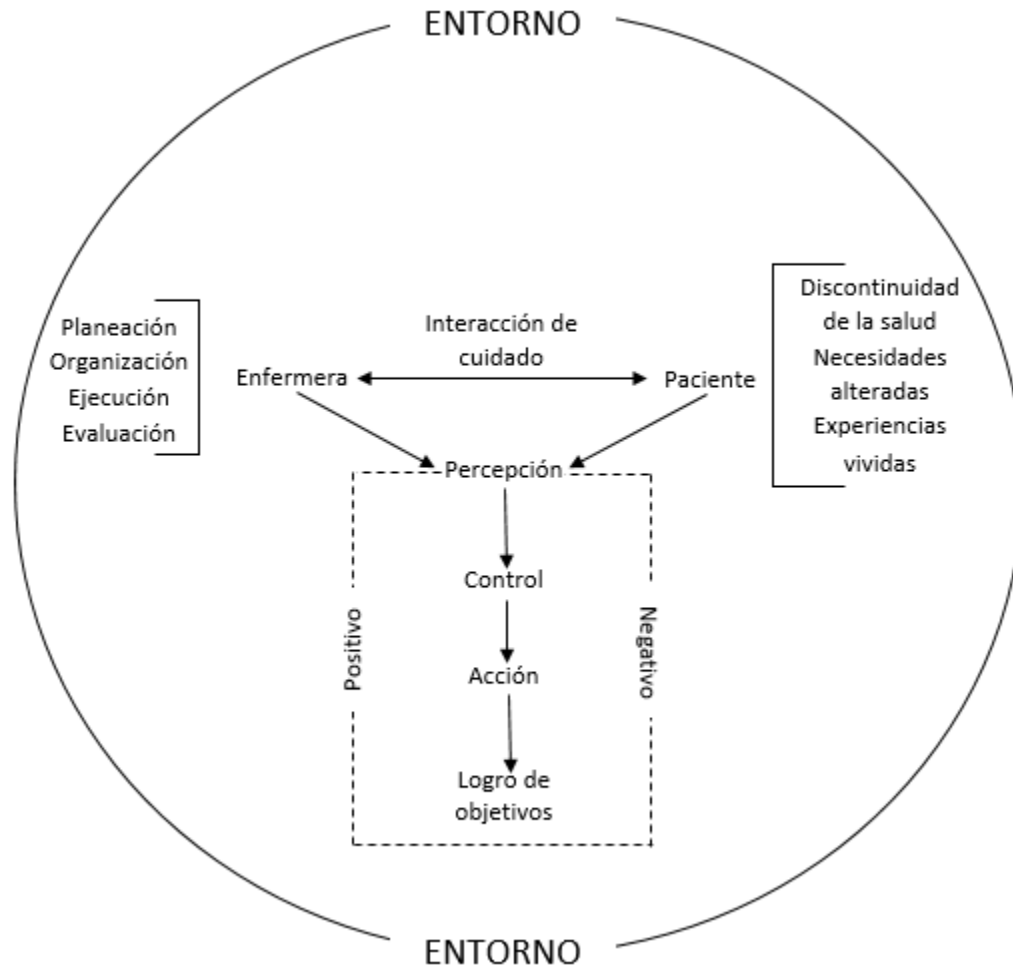


Fuente: Proceso de interacciones humanas, King (1971). Tomado de Marriner Tomey, A. (1994). Modelos y Teorías en Enfermería (3ª edición). Madrid, España.

La teoría es definida por Imogenes King como “un conjunto de conceptos que, cuando son definidos, se interrelacionan entre sí y son observables en el mundo de la práctica de la enfermería”. (King, p. 11, 1984, citado por Marriner Tomey, A., 1994).

La enfermera como profesional de salud posee herramientas y conocimientos que le ayudan a planear, organizar, ejecutar y evaluar el cuidado brindado; a su vez el paciente posee discontinuidad de la salud, necesidades alteradas y experiencias vividas. En su entorno los dos forman un sistema de interacción de cuidado, teniendo ambos percepciones, las cuales pueden ser positivas o negativas; quedando en un sistema abierto, ya que estas pueden cambiar respecto a diversos factores en donde se da y quien proporciona el cuidado, llevando a una acción de las actividades de cuidado, con posterior logro de los objetivos planteados. Para nuestro estudio de investigación esquematizamos la siguiente idea donde medimos la interacción de cuidado, viéndolos en su entorno natural sin manipulación del mismo y según la teoría de Imogenes King:

Fig. 5 Esquema del sistema de interacción de cuidado enfermera-paciente basado en la teoría de Imogenes King



Fuente: Barsallo, Adalberto (2018). Construido a partir del análisis de los conceptos teóricos de la Consecución de los Objetivos de Imogenes King, y el entorno donde se da la relación de cuidado para este estudio.

Los fenómenos de Enfermería según King, están organizados en 3 sistemas dinámicos, pero solo aplicamos el sistema interpersonal donde los procesos de enfermería se llevan a cabo. Igualmente consta de conceptos principales en su teoría donde tomaremos:

La percepción:

“Las percepciones están relacionadas con las experiencias anteriores, el concepto de uno mismo, Los grupos socioeconómicos, la herencia biológica y la formación recibida.” (King, p. 145, 1981, citado por Marriner Tomey, A., 1994).

La interacción:

“Un proceso de percepción y comunicación entre una persona y el entorno o entre una persona y otra, que se manifiesta por conductas verbales y no verbales dirigidas hacia un objetivo.” (King, p. 146, 1981, citado por Marriner Tomey, A., 1994).

La teoría de Imogenes King, enfatiza que la enfermería es un proceso por naturaleza de interacción, que lideriza una serie de transacciones para el logro de los objetivos.

3.1.2. Teoría de Cuidado Humano de Jean Watson

“El cuidado y cuidado humano es visto como el ideal moral de enfermería, (...). Donde existe la mayor preocupación por la dignidad humana y la preservación de la humanidad, (...). El proceso de cuidado humano a humano simple, pero complejo en la enfermería es una base muy básica y un punto de partida en el que puede

ocurrir una relación humanitaria transpersonal armonizadora” (Watson, 1999, p.53-63).

El cuidado humanizado hoy en día encabeza las necesidades dictadas por las personas a quienes se les oferta el cuidado, haciendo de la práctica una necesidad que urge reintegrar, reestructurar y garantizar; de tal modo, incluirlo en las normativas de las políticas de salud y entidades donde se dé la práctica del cuidado.

La persona al sufrir una discontinuidad de su salud, acude a estos servicios en busca de asistencia y en donde el profesional de enfermería debe garantizar un cuidado dirigido hacia esa persona. Para Watson (1999), “El cuidado humano como ideal moral, también trasciende el acto y va más allá del acto específico de una enfermera individual y produce actos colectivos de la profesión de enfermería, que tienen consecuencias importantes para la civilización humana” (p.31). Y es en este punto donde nuestro actuar puede influir en las percepciones que se tengan de la profesión de enfermería al momento de establecer una interacción de cuidado enfermera - paciente.

Las investigaciones en enfermería con base a la percepción de la interacción de cuidado, aportan a la disciplina un panorama global del punto en que pudiéramos encontrarnos y de tal modo redirigir el cuidado hacia la preservación de la dignidad humana. “Los resultados preocupantes en la práctica, la investigación y la teoría dependen de la enseñanza de una ideología humanitaria.” (Watson, 1999, p.32). De tal modo los resultados obtenidos de las investigaciones aportan argumentos

necesarios para la elaboración de estrategias, planes de cuidado, capacitación y formación del personal de enfermería.

“A medida que las amenazas humanas de la biotecnología, la ingeniería científica, el tratamiento fragmentado, la burocracia y la despersonalización aumentan y se extienden en nuestro sistema de prestación de asistencia sanitaria, también debemos aumentar y difundir la filosofía, los conocimientos y las prácticas de atención humana en nuestros sistemas.” (Watson, 1999, p.32). De lo contrario, estaremos destinados a descarrilar el sentido de la profesión y sumergirnos en un modelo bio-médico, sin independencia filosófica y científica.

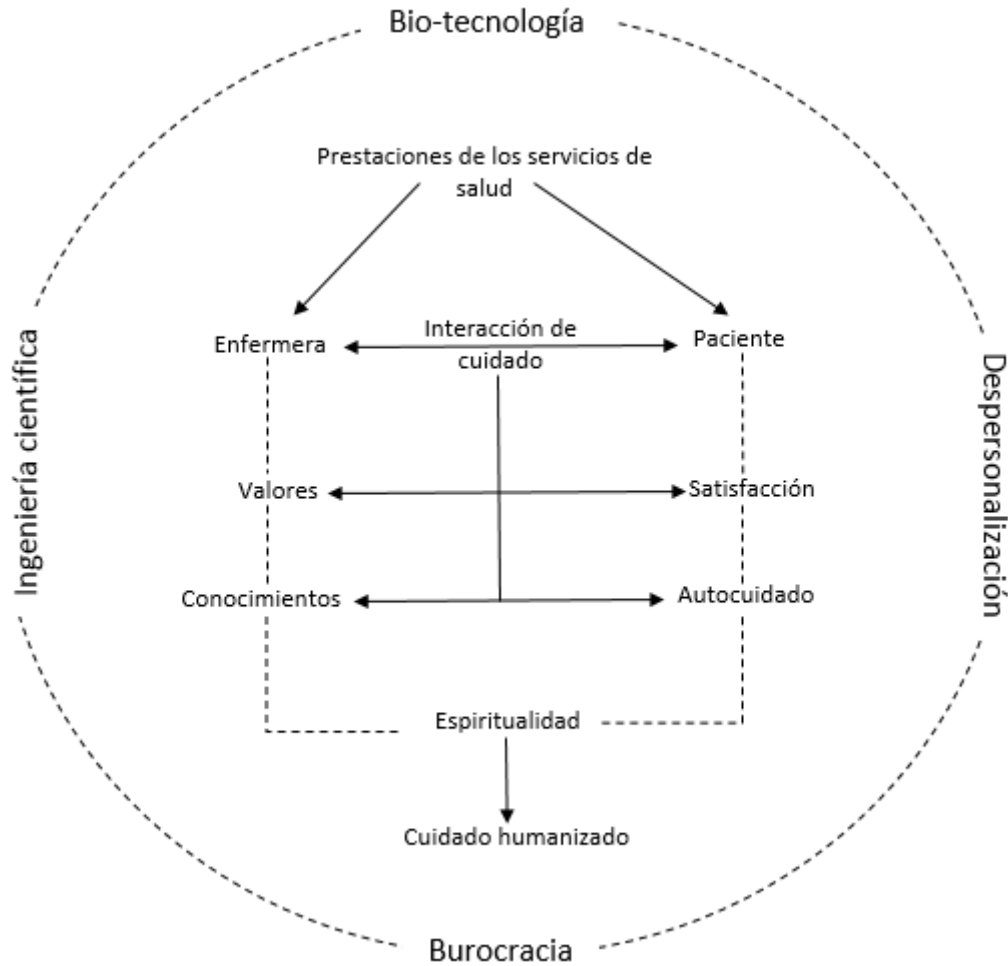
Watson (1999), define enfermería y sus creencias básicas de esta manera, de la cual tomaremos estas:

- Vida: ser espiritual, mental y físico; ser en el mundo, que es continuo en el tiempo y el espacio.
- Metas: el objetivo de la enfermería propuesta es ayudar a las personas a obtener un mayor grado de armonía en la mente, el cuerpo y el alma, lo que genera autoconocimiento, autorreverencia, autocuración y procesos de autocuidado, a la vez que permite una mayor diversidad. (p.47-49)

El profesional de enfermería y el paciente se encuentran inmersos en un sistema de prestaciones de salud liderizado por la bio-tecnología, la ingeniería industrial, la burocracia y la despersonalización. Y en donde estos dos actores forman un vínculo de interacción de cuidado, donde la enfermera con base en los valores humanos, logra la satisfacción deseada por el paciente y, de igual, manera con base a

conocimientos científicos logra la enseñanza del autocuidado en él, todo esto en conjunto de un ámbito de espiritualidad para lograr el cuidado humanizado, el cual esquematizamos de la siguiente manera:

Fig. 6 Esquema del sistema de interacción de cuidado enfermera-paciente basado en la teoría de Jean Watson



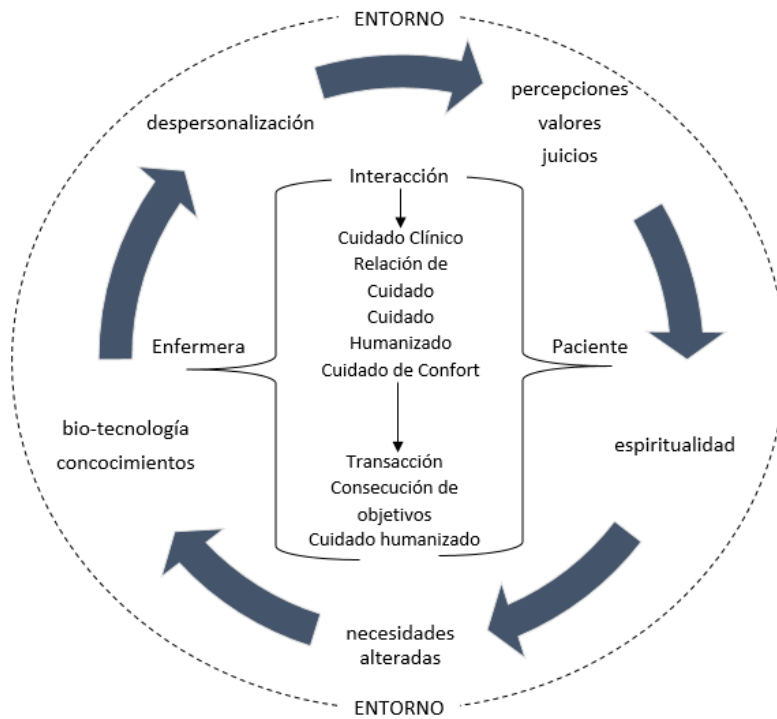
Fuente: Barsallo, Adalberto (2018). Construido a partir del análisis de la Teoría de Cuidado Humano de Jean Watson y el entorno donde se da la relación de cuidado para este estudio.

Las transacciones de cuidado humano proporcionan una unión y establecimiento de contacto entre personas; la mente-cuerpo-alma de uno, se relaciona con la mente-cuerpo-alma de otro, en un momento vivido. El momento compartido del presente tiene el potencial de trascender el tiempo y el espacio y el mundo físico y concreto, como generalmente lo vemos en la relación tradicional enfermera-paciente. (Watson, 1999, p.47)

3.1.3. Integración del diagrama del estudio con los esquemas de las teorías en la investigación

Tanto la enfermera como el paciente se encuentran en un entorno donde se desarrolla el cuidado y en constante vinculación con la bio-tecnología, necesidades alteradas presentadas por los pacientes y despersonalización por parte del personal, pero que mediante la interacción de cuidado enfermera-paciente, en donde existen percepciones, valores, juicios y espiritualidad; se logra garantizar un cuidado clínico, una relación de cuidado, un cuidado humanizado y un cuidado de confort; mediante una conducta observable, la cual es la transacción, con el siguiente logro de la consecución de objetivos del cuidado humanizado.

Fig. 7 Esquema general de la investigación en la interacción de cuidado enfermera-paciente



Fuente: Barsallo, Adalberto (2018). Construido a partir del análisis de las dimensiones a investigar y el contexto teórico de King y Watson en la investigación.

CAPÍTULO IV: Diseño metodológico

4.1. Tipo de investigación

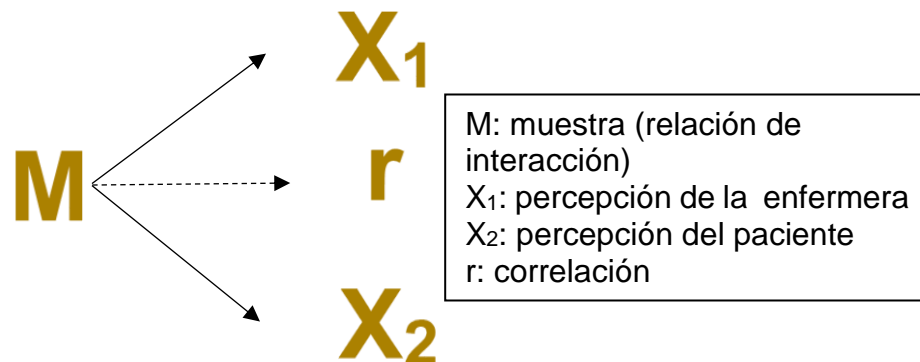
Se trata de una investigación enfocada en el paradigma cuantitativo, diseño correlacional descriptivo; según el tiempo de realización, es transversal.

Es un estudio correlacional, ya que se desea determinar la relación entre la percepción de la enfermera y la del paciente en el marco del sistema de interacción de cuidado enfermera - paciente, sin establecer causalidad en la relación.

Es una investigación no experimental, ya que el estudio no manipula deliberadamente las variables, sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

El estudio es transversal, ya que se recopilan los datos de la percepción de la enfermera y la del paciente en el marco de la interacción de cuidado enfermera - paciente en un momento único.

Fig. 8 Esquema del diseño del estudio de investigación



4.2. Fundamentación filosófica del método

La investigación con enfoque cuantitativo trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede (investigación cuantitativa y cualitativa, 2018).

Fundamentos filosóficos de la investigación cuantitativa:

- Positivismo
- Parte de la realidad social (el resultado de las relaciones del ser humano con otros y su mundo físico)
- El resultado de estas relaciones es real e igual para todos.
- Al ser la realidad externa del individuo la misma se impone a este.
- Como resultado la conducta humana es influenciada por esa realidad.
- Resultado: investigación sistemática y abierta, la cual puede ser replicada por otros investigadores.

4.3. Universo

El universo lo conforman todas las enfermeras y los pacientes inmersos en la relación de interacción de cuidado enfermera - paciente, en el Hospital Santo Tomás.

4.4. Población

La población está conformada por todas las enfermeras y los pacientes inmersos en la relación de interacción de cuidado enfermera - paciente, en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás durante los meses de agosto 2017 a febrero de 2018.

4.5. Muestra

4.5.1 Tipo de muestra

No probabilística, estas muestras son controladas según características específicas previamente establecidas en la investigación o por los propósitos del investigador; y no se dejan al azar, ya que no todos los individuos de la población, tienen iguales oportunidades de ser seleccionados para el estudio (Sampieri, 2014). Será todo paciente que padezca patología cardíaca que se encuentre ya hospitalizado, y que ingresó a dicho nosocomio en un período de tiempo determinado de agosto 2017 a febrero 2018, y toda enfermera que laboró en dicha sala de atención en ese período.

4.5.2. Tipo de muestreo

Se escoge el muestreo por conveniencia, ya que se toman datos disponibles al momento de la recolección de los mismos, esta técnica resulta rápida y aplicándose con un intervalo de tiempo más corto; además por la disponibilidad de las personas de participar en la investigación, incluyendo la variedad de opiniones y pensamientos de las personas seleccionadas. "Permite seleccionar aquellos casos

accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (Otzen y Manterola, 2017, p.230).

4.5.3. Determinación y cálculo de la muestra

Se calcula el tamaño de la muestra para una población finita, utilizando la fórmula descrita por Reyes, Espinosa, Olvera (2013) y Aguilar-Barojas (2005).

Nuestro sistema de salud cuenta con un número limitado de enfermeras para la demanda de atención de pacientes hospitalizados, por tal razón, para el cálculo muestral siguiendo los objetivos planteados en el estudio que es, analizar la relación enfermera-paciente, se trabajó con el 100% de la población de enfermeras (7 enfermeras) y en base al número de egresos de pacientes por año en el 2017 (786 pacientes), siendo esta la población total de pacientes; estableciendo un nivel de confianza de 95% y una precisión absoluta del 8%.

Se obtuvo una muestra de 126 pacientes, lo que determina la cantidad de relaciones enfermera-paciente, ya que cada enfermera desarrolla un vínculo, una relación directa y distinta con cada paciente, haciendo única esa relación la cual se desea analizar en este estudio. Al número total de relaciones enfermera-paciente se agrega un 3.9% de relaciones adicionales por atrición.

Calculando una muestra representativa utilizaremos la siguiente ecuación para la estimación de proporciones:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{786 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.08)^2 (786 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{786 (3.84) (0.5) (0.5)}{(0.0064) (785) + (3.84) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{754.56}{5.02 + 0.96}$$

$$n = \frac{754.56}{5.98}$$

$$n = 126 + 3.9\% \text{ por atrici3n}$$

Reemplazando:

n= total de la poblaci3n 786 pacientes (Servicio de Registros M3dicos y Estadísticas de Salud Hospital Santo Tom3s)

$Z_{\alpha}^2 = 1.96$ (confianza del 95%)

p= 50% \rightarrow 0.5 (proporci3n esperada)

q= 1 - p (1 - 0.5= 0.5)

d= 8% (precisi3n absoluta)

4.6. Criterios de inclusión

Se incluirán en este estudio todo paciente:

- Mayor de 18 años de edad, sin exclusión de género
- Admitido en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás
- Con más de 48 horas de hospitalización en la sala
- Que se encuentre consciente y orientado
- En condiciones hemodinámicamente estables
- Que sepa leer y escribir
- Que participen en la relación de cuidado enfermera - paciente

Para enfermeras:

- Toda enfermera que labore en la sala de cardiología
- En turnos rotativos
- Sin importar rango jerárquico
- Sin importar años de servicio
- Que participen en la relación de cuidado enfermera - paciente

4.7. Instrumento

Para el presente estudio se utilizó una hoja de datos generales y la escala de interacción de cuidado enfermera – paciente, versión corta para pacientes y enfermeras (CNPI-23) del 2006, elaborado por la Dra. Sylvie Cossette, RN, PhD.

- a. La hoja de datos generales para pacientes se presenta información demográfica de interés en el estudio tales como: sexo, edad, escolaridad, nacionalidad, diagnóstico de ingreso, fecha de ingreso, hospitalizaciones anteriores, días de estancia, vivienda actual.

Para las enfermeras: sexo, edad, nacionalidad, grado académico, tiempo de ejercer su profesión, tiempo de servicio en la sala de cardiología y trabaja actualmente en otra institución.

- b. La escala de interacción de cuidado enfermera – paciente, versión corta para pacientes y enfermeras (CNPI-23) del 2006, diseñado por la Dra. Sylvie Cossette, RN, PhD, consta de 23 ítems a evaluar, los cuales están inmersos en 4 dimensiones: A. Cuidado clínico (ítems 1 a 9), B. Relación de cuidado (ítems 10 a 16), C. Cuidado humanístico (ítems 17 a 20), D. Cuidado de confort (ítems 21 a 23).

Se estudian y describen las actitudes de cuidado y comportamiento correspondientes a los factores de cuidado propuestos por la teorista Dra. Jean Watson.

Originalmente la Dra. Cossette (2004) decide crear una escala de interacción enfermera-paciente refiriéndose a que. “Las limitaciones de los instrumentos existentes, limitan la investigación basada en la teoría sobre las interacciones entre enfermeras y pacientes” (p.673). Y así, obteniendo una escala de 70 ítems, dividida entre 10 factores caritas basado en la teoría de cuidado humano de Jean Watson.

Al presentarse una escala larga su manejo dificulta la investigación al tener que aplicarla en la práctica, por lo cual, Cossette (2005) realiza un

refinamiento de la escala. “Observamos que nuestra escala de 70 ítems era a veces difícil de usar en estudios clínicos, (...). Por lo tanto, nuestro objetivo fue desarrollar una versión abreviada de la escala original” (p.207).

Esta versión corta fue realizada en Canadá en el año 2006; luego aplicándosele un análisis factorial como resultado de un estudio realizado, con una muestra de 531 estudiantes de un programa de enfermería (20% ya eran enfermeras registradas), la escala presentó confiabilidad según el alfa de Cronbach de 0.91 - 0.95 (Cossette, 2008). Para las cuatro dimensiones por separado el alfa de Cronbach fue el siguiente: cuidado clínico: 0.82 - 0.93, relación de cuidado: 0.89 - 0.91, cuidado humanizado: 0.64 - 0.73 y cuidado de confort: 0.61 - 0.74.

4.8. Procedimiento para validación del instrumento

Para la utilización de la escala de interacción de cuidado enfermera – paciente versión corta (CNPI-23), en el presente estudio se procedió, a realizar la traducción de la escala con el consentimiento de la Dra. Cossette; para ello utilizamos el método propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2011) “*Process of translation and adaptation of instruments*” que incluye los pasos:

1. Forward translation (primera traducción del inglés al español)
2. Expert panel back-translation (panel de expertos, traducción inversa)
3. Pre-testing and cognitive interviewing (prueba preliminar de ajuste y entrevista cognitiva en la población de estudio)

4. Final version (versión final dado por un traductor experto en lingüística).

Para la validación del instrumento para la población panameña aplicamos las pautas dadas por Sánchez y Echeverry (2004), las cuales son: la validación de apariencia, validez de contenido y la confiabilidad.

Validez de apariencia

Se le realiza para la cultura panameña; este determina la aceptabilidad de la escala en su lugar de aplicación; el procedimiento es el siguiente: se conforman dos grupos, uno constituido por los participantes del estudio y otro por personal experto; esta validez no supone un concepto estadístico, sino que depende de los juicios que los expertos hagan sobre la pertinencia de los ítems, estos dictaminan si esta realmente parece medir lo que se propone.

La confiabilidad

Hace referencia a si la escala funciona de manera similar bajo diferentes condiciones; para ello realizamos la confiabilidad relacionada con el instrumento y si esta valora su estructura entre ítems, midiendo su homogeneidad aplicando el alfa de Cronbach.

Validez de contenido

Se realiza para determinar si la escala representa adecuadamente los dominios o factores del concepto; para ello aplicamos el método estadístico de análisis factorial.

4.9. Prueba de validación del instrumento

Para el análisis de resultados de la información, se generó una base de datos producto de lo compilado de las respuestas obtenidas en cada instrumento para la escala de interacción de cuidado enfermera - paciente, basado en la versión de 23 enunciados para la enfermera y el paciente (CNPI-23), 2006 de la autora Sylvie Cossete, RN, PhD., y traducido por la Dra. Yolanda M. González W., los instrumentos se aplicaron a una población de 131 pacientes y 7 enfermeras.

Los resultados se procesaron y realizaron los análisis estadísticos en el programa SPSS 20. El análisis de los resultados inicia con un estudio de confiabilidad interna, el cual permite comprobar si el instrumento utilizado es confiable para la prueba y permitirá realizar mediciones estables o consistentes.

Este análisis, basado en la homogeneidad estructural del instrumento, utiliza el coeficiente α (alfa) de Cronbach, el cual está diseñado para instrumentos con cualquier escala de opciones múltiples y cuyo indicador es presentado como un parámetro de rango entre cero (0) a uno (1), recordando su cálculo por medio de la ecuación:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

K = Es el número de ítems del instrumento

S_j^2 = Suma de varianzas de los ítems

s_t^2 = Varianza total

α = Coeficiente de Alfa de Cronbach

Y categorizado bajo la siguiente escala:

0.91 - 1.00 muy alta, 0.61 - 0.90 alta, 0.41 - 0.60 moderada, 0.21 - 0.40 baja y 0.01 - 0.20 muy baja según la escala para el coeficiente de Alfa de Cronbach.

4.9.1. Escala de interacción de cuidado enfermera-paciente

a) Paciente:

Alfa de Cronbach global

Tabla 1. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.943	26

Fuente: Base de datos de las encuestas aplicadas con el instrumento de interacción de cuidado (CNPI-23).

Tabla 2. Estadísticos de fiabilidad por dimensión:

Dimensión	Nº de elementos	Alfa de Cronbach por dimensión
Percepción del paciente	3	0.832
Cuidado clínico	9	0.829
Relación de cuidado	7	0.959
Cuidado humanizado	4	0.826
Cuidado de confort	3	0.707

Fuente: Base de datos de las encuestas aplicadas con el instrumento de interacción de cuidado (CNPI-23).

Análisis de la estructura

Análisis factorial

Tabla 3. Medida de adecuación muestral (KMO) y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.810
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1947.750
	gl	325
	Sig.	.000

Fuente: Base de datos de las encuestas aplicadas con el instrumento de interacción de cuidado (CNPI-23).

b) Enfermera:

Alfa de Cronbach global

Tabla 4. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.974	28

Fuente: Base de datos de las encuestas aplicadas con el instrumento de interacción de cuidado (CNPI-23).

Tabla 5. Estadísticos de fiabilidad por dimensión

Dimensión	Nº de elementos	Alfa de Cronbach por dimensión
Percepción del paciente	5	0.937
Cuidado Clínico	9	0.948
Relación de cuidado	7	0.977
Cuidado humanizado	4	0.844
Cuidado de confort	3	0.859

Fuente: Base de datos de las encuestas aplicadas con el instrumento de interacción de cuidado (CNPI-23).

Análisis de la estructura

Análisis factorial

Tabla 6. Medida de adecuación muestral (KMO) y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.883
Prueba de esfericidad de	Chi-cuadrado aproximado	5365.504
Bartlett	gl	378
	Sig.	.000

Fuente: Base de datos de las encuestas aplicadas con el instrumento de interacción de cuidado (CNPI-23).

4.10. Categorización de la escala

La escala original de interacción de cuidado enfermera-paciente (CNPI-23), versión corta, está formada por una escala Likert; la misma no cuenta con datos normativos, ni clasificación en cuanto a las puntuaciones obtenidas una vez aplicada la misma. Por tal razón, en este estudio, además de su traducción al idioma español y su validación, se realizó la categorización de la escala basándonos en el enfoque teórico, considerando las presunciones y elementos de las interacciones presentadas en la Teoría de la consecución de objetivos de King y la Teoría de cuidado humano de Watson.

4.10.1. Aportes metodológicos

a. Categorización e interpretación

Las categorías propuestas con sus respectivas puntuaciones y definiciones son:

Tabla 7 Categorización, interpretación y puntuaciones de la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente para la clasificación del cuidado.

Clasificación del Cuidado	Puntuaciones	Definiciones
Cuidado humanizado	92 - 115 puntos	La enfermera y el paciente en este punto han alcanzado el efecto esperado en el sistema de interacción enfermera-paciente; a través de la transacción logran la consecución de los objetivos en una práctica de cuidado humanizado y eficaz.
Cuidado satisfactorio	69 - 91 puntos	La enfermera y el paciente cumplen con lo esperado para el establecimiento y estudio de la forma de alcanzar los objetivos de mutuo acuerdo.
Cuidado congruente	46 - 68 puntos	Existe una relación coherente en el cuidado durante el sistema de interacción enfermera-paciente, para mejorar el establecimiento de los objetivos.
Cuidado eventual	23 - 45 puntos	En este punto aún existen alteraciones perceptuales del paciente y la enfermera, haciendo difícil el establecimiento de objetivos para alcanzar el cuidado.

Fuente: Barsallo, Adalberto (2018). Construido a partir del análisis del contexto teórico de las presunciones y elementos de la interacción de King y cuidado humano de Watson.

b. Jerarquización:

En la jerarquización de la escala se sumaron los puntos de cada dimensión por separado, dándoles así una puntuación a cada dimensión del instrumento; para la escala en general se sumaron estos puntajes por dimensiones obteniendo de este modo una escala de intervalos con un nivel mínimo y un nivel máximo, y de esta manera jerarquizar la obtención de los puntajes al momento de su aplicación.

Dando como resultado la siguiente jerarquización con base a las diferentes dimensiones:

- Cuidado clínico: 9 - 45 puntos
- Relación de cuidado: 7 - 35 puntos
- Cuidado humanizado: 4 - 20 puntos
- Cuidado de confort: 3 - 15 puntos

En cuanto a la escala en general se realizó la siguiente jerarquización:

- Escala de interacción de cuidado enfermera - paciente: 23 - 115 puntos.

Fig. 9 Escala de medición para la interacción de cuidado enfermera-paciente



Fuente: Barsallo, Adalberto (2018). Construido a partir del análisis de la escala para guiar la medición de los resultados obtenidos en este estudio.

De este modo al aplicar el instrumento, se podrán obtener resultados categorizados según las puntuaciones obtenidas.

4.11. Técnica de recolección de los datos

Se procedió a la recolección de los datos mediante la aplicación de la escala a las enfermeras y pacientes, en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás, los días lunes y viernes en horario de 3pm - 11pm; entre los meses de agosto y octubre 2017. La aplicación se realizó previa orientación y firma del consentimiento

informado, e identificación personal en la sala con la enfermera jefe de la misma en turnos de 7am – 3pm; posteriormente dirigiéndose a cada paciente y enfermera mediante presentación, explicación y solicitando su autorización, sin interferir para las enfermeras en sus labores cotidianas y para los pacientes en sus tratamientos, fases de recuperación ante algún procedimiento realizado que aqueje dolor, sedación o cansancio físico.

4.12. Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences 23.0); se utilizó la estadística descriptiva aplicando medidas de tendencia central.

Para comprobar las hipótesis, se realizó prueba de hipótesis Chi-Cuadrado para determinar dependencias significativas y la correlación de Spearman para la correlación de las variables. El nivel de significancia con que se probó los resultados fue del 95%.

La escala cuenta con una numeración de 1 a 5, la cual indica la frecuencia con la que las enfermeras han actuado en su práctica diaria según la percepción de los pacientes y de la atención brindada por el personal de enfermería, en donde 1= casi nunca, 2= pocas veces, 3= a veces, 4= casi siempre, 5= siempre.

El instrumento para medir la percepción de la enfermera, en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera - paciente, se aplicó la hoja de datos generales y la escala de interacción de cuidado enfermera - paciente (CNPI-23) de

Cossette 2006; la cual consta de enunciados que miden importancia, frecuencia y satisfacción tanto de la enfermera como del paciente, este instrumento está en una escala de Likert desde 1= casi nunca hasta 5= siempre.

En particular para medir las dimensiones de cuidado clínico, relación de cuidado, cuidado humanizado y cuidado de confort que constan de varios ítems que lo conforman, se procedió de la siguiente manera: calcular la proporción o razón porcentual de la suma de los puntajes de los ítems que conforman la dimensión y determinar en la escala de Likert en que fueron medidos. El cálculo de la razón de porcentual por ítems fue con la siguiente fórmula matemática:

$$\text{razón de porcentual} = \frac{(\text{suma de los puntajes de los ítems} - \text{min})}{(\text{max} - \text{min})}$$

Se utilizó la escala de 1 hasta 5 y se dividió en porcentajes como 20%, 40%, 60%, 80% y 100%. Pudiéramos clasificar cada valoración porcentual de cada sujeto en la escala de medida original.

4.13. Consideraciones éticas

Para la presente investigación se respetan las pautas internacionales para la investigación biomédica como lo son los códigos y leyes. Respetando el código de Núremberg, se aplica el consentimiento informado voluntario del sujeto, sin coacción previa, orientación acerca de la naturaleza de la investigación, no implica

riesgos significativos y se le orienta acerca de los beneficios potenciales no inmediatos, ya que favorecerá el mejoramiento de la relación enfermera-paciente.

El estudio se sometió a consideración del Consejo de Investigación de la Facultad de Enfermería y el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá, la cual otorga el aval mediante nota aprobatoria N° CBIUP/224/17 y la aprobación por los directivos del Hospital Santo Tomás; para la ejecución del estudio investigativo en esta institución, mediante nota aprobatoria N° 1632-2017/CEI-HST, se tomó en cuenta el consentimiento informado (ver anexo 1). Para la recolección de la información o de los datos se aplicó la hoja de datos generales y la escala, previa firma del consentimiento informado; la participación es totalmente voluntaria, con opción a negarse o no continuar con su participación sin ninguna repercusión legal, moral o social por su decisión; guardando la confidencialidad de la información brindada de los datos obtenidos de la escala de manera segura, considerando que es una investigación sin riesgo alguno y agradeciendo por su participación.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1. Resultados:

En el estudio de la relación entre la percepción de los actores en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera - paciente: fundamentado en la articulación de las teorías de Imogenes King y Jean Watson, se recopiló información de las enfermeras y de los pacientes de la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás. A continuación se presentan en los cuadros y gráficos correspondientes que deriva del estudio de 7 enfermeras (la población) y n= 131 pacientes hospitalizados entre los meses de agosto 2017 a febrero 2018.

La información de las variables sociodemográficas fue recopilada en la hoja de datos generales (ver anexos II y III); se procedió a caracterizar a los actores en el marco de la relación enfermera - paciente.

a. Caracterización de las enfermeras:

Cuadro I. Características sociodemográficas de las enfermeras en el sistema de interacción de cuidado enfermera - paciente.

n= 7	Características	N°	%	\bar{x}
Sexo	Masculino	0	0	-
	Femenino	7	100	-
Nacionalidad	Panameño	7	100	-
	Extranjero	0	0	-
Grado académico	Licenciatura	6	85.7	-
	Especialidad	1	14.3	-
Tiempo de ejercer su profesión	1 - 2 años	2	28.6	-
	3 - 4 años	3	42.9	-
	5 - 6 años	1	14.3	-
	Más de 7 años	1	14.3	-
Tiempo en la sala de cardiología	Menos de 1 año	2	28.6	-
	1 - 2 años	4	57.1	-
	3 - 4 años	0	0	-
	5 - 6 años	1	14.3	-
Edad	24 - 35 años	7	100	28.14
Trabaja en otra institución	Si	0	0	-
	No	7	100	-

Fuente: Barsallo, Adalberto. Encuestas aplicadas a enfermeras que laboran en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás, 2018.

Se realizó la encuesta a 7 enfermeras, las cuales mantienen las siguientes características: todas son del sexo femenino, donde el 100% es de nacionalidad panameña, con una media de edad de 28.14 años; respecto al grado académico todas cuentan con nivel de licenciatura, pero solo una con un nivel de especialidad,

lo que corresponde al 14.3 %; en cuanto al tiempo de ejercer su profesión se reporta un mayor número en de 3 - 4 años con el 42.9%; en el tiempo de trabajar en la sala de cardiología se reporta que el 57.1 % se encuentra de 1 - 2 años; y en cuanto a que si laboran en otra institución el 100% indica que no.

b. Caracterización de los pacientes:

Cuadro II. Características sociodemográficas de los pacientes en el sistema de interacción de cuidado enfermera - paciente.

n= 131	Característica	N°	%	\bar{x}
Sexo	Masculino	88	67.2%	-
	Femenino	43	32.8%	-
Nacionalidad	Panameño	112	85.5%	-
	Extranjero	19	14.5%	-
Grado académico	Ninguna	5	3.8%	-
	Primaria	25	19.1%	-
	Secundaria	62	47.3%	-
	Técnico	10	7.6%	-
	Universitaria	29	22.1%	-
Donde vive actualmente	Capital	102	77.9%	-
	Interior del país	29	22.1%	-
Hospitalizaciones anteriores	Sí	64	48.9%	-
	No	67	51.1%	-
Días de estancia hospitalaria	Menos de 10 días	118	90.0%	5.66
	10 días y más	13	10.0%	
Edad	18-29	10	7.6%	50.47
	30-49	50	38.2%	
	50 y más	71	54.2%	

Fuente: Barsallo, Adalberto. Encuestas aplicadas a los pacientes hospitalizados en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás, 2018.

Del 100 % de los pacientes encuestados el 67.2% representaba al sexo masculino y el 32.8 % al sexo femenino; con predominio de la nacionalidad panameña con un 85.5% y 14.5% de nacionalidad extranjera; la edad media presentada fue de 50.47 años; respecto al grado académico se encontró predominio en el nivel de secundaria con un 47.3%; en cuanto al lugar de residencia el 77.9% vive actualmente en la capital; respecto a los días de estancia hospitalaria el 90.0% registra una estancia menor de 10 días con una media de 5.66 días y el 51.1 % de los pacientes indican no haber estado hospitalizados anteriormente.

Cuadro III. Distribución por diagnóstico médico de los pacientes hospitalizados participantes del estudio de investigación.

DIAGNÓSTICO MÉDICO	Fr. (%)
Infarto	52 (39.7)
Angina inestable	5 (3.8)
Cardiopatía dilatada	6 (4.6)
Emergencia hipertensiva	29 (22.0)
Cardiopatía reumática	5 (3.8)
Endocarditis valvular	2 (1.5)
Pericarditis	2 (1.5)
Bloqueos	4 (3.1)
Arritmias	4 (3.1)
Marcapasos infectados	4 (3.1)
Valvulopatías	3 (2.2)
Muerte súbita	1 (0.8)
Falla cardíaca	11 (8.4)
Enfermedad de Chagas	1 (0.8)
Mixoma	1 (0.8)
Marcapasos disfuncional	1 (0.8)
Total	131 (100)

Fuente: Barsallo, Adalberto. Encuestas aplicadas a los pacientes hospitalizados en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás, 2018.

Del 100 % de los pacientes participantes del estudio de investigación se observó una mayor prevalencia en el diagnóstico médico de infarto (39.7%), seguido de emergencia hipertensiva (22.1%) y de falla cardíaca (8.4%).

Cuadro IV. Percepción de la escala de interacción de cuidado enfermera - paciente, según las dimensiones globales para la consecución de objetivos de cuidado humanizado.

Criterios	Actores				Total	
	Enfermeras		Pacientes			
	N°	%	N°	%	N°	%
Casi nunca	1	0.4%	2	0.8%	3	1.1%
Pocas veces	4	1.5%	4	1.5%	8	3.1%
A veces	11	4.2%	8	3.1%	19	7.3%
Casi siempre	14	5.3%	24	9.2%	38	14.5%
Siempre	101	38.5%	93	35.5%	194	74.0%
Total	131	50.0%	131	50.0%	262	100.0%

Fuente: Barsallo, Adalberto. Escala de Interacción de Cuidado Enfermera – Paciente, versión de 23 enunciados para la enfermera y paciente (CNPI-23), 2018.

Del 100% de los participantes del estudio de investigación, respecto a la percepción global de las dimensiones en la consecución de objetivos del cuidado humanizado en el criterio de siempre, las enfermeras consideran un 38.5% vs. los pacientes con un 35.5%; en el criterio de casi siempre las enfermeras indican un 5.3% vs. los pacientes con un 9.2% y en el criterio de a veces las enfermeras registran un 4.2% vs. los pacientes con un 3.1%.

Respecto a la percepción global de la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, ambos actores perciben un mayor porcentaje en el criterio de siempre, infiriendo que ambos comparten la percepción en este criterio en base a la escala en general para la consecución de objetivos de cuidado humanizado.

Cuadro V. Percepción de la enfermera en la relación de interacción enfermera - paciente según características para la consecución de objetivos de cuidado humanizado.

Características del actor del cuidado para la consecución de los objetivos del cuidado humanizado	Criterios de actitudes y comportamientos	Actor del cuidado (enfermera)	
		Fr.	%
Competencia	No siempre	0	-
	Un poco	0	-
	En forma moderada	8	6.1
	Muchas veces	40	30.5
	Siempre (extremadamente)	83	63.4
	Total	131	100.0
Factibilidad	No siempre	0	-
	Un poco	0	-
	En forma moderada	9	6.9
	Muchas veces	35	26.7
	Siempre (extremadamente)	87	66.4
	Total	131	100.0

Fuente: Barsallo, Adalberto. Escala de Interacción de Cuidado Enfermera – Paciente, versión de 23 enunciados para la enfermera y paciente (CNPI-23), 2018.

Del 100% de las enfermeras participantes del estudio el 63.4% considera como siempre (extremadamente) la competencia, seguido por un 30.5% como muchas veces y un 6.1% en forma moderada; respecto a la característica de

factibilidad un 66.4% considera como siempre (extremadamente), un 26.7% en muchas veces y un 6.9% en forma moderada.

En cuanto a las características de competencia y factibilidad, para la consecución de los objetivos del cuidado humanizado, las enfermeras reportan un mayor porcentaje en el criterio de siempre; infiriendo en esto que demuestran la capacidad suficiente, siendo aptas para aprender, identificar situaciones y darle solución. Igualmente que es posible cumplir con las metas u objetivos que se encuentran en la práctica diaria, según las actitudes y comportamientos enlistados en los enunciados de la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente.

Cuadro VI. Percepción de la enfermera y el paciente en la relación de interacción enfermera - paciente según aspectos específicas para la consecución de objetivos de cuidado humanizado.

Aspectos específicos para la consecución de los objetivos del cuidado humanizado	Criterios de actitudes y comportamientos	Actores del Cuidado		Total (%)
		Enfermera (%)	Paciente (%)	
Importancia	No siempre	0.0	0.4	0.4
	Un poco	0.0	0.8	0.8
	En forma moderada	1.1	2.3	3.4
	Muchas veces	14.5	5.0	19.5
	Siempre (extremadamente)	34.4	41.5	75.9
	Total	50.0	50.0	100.0
Frecuencia	Casi nunca	0.0	0.0	0.0
	Pocas veces	1.9	0.4	2.3
	A veces	1.1	2.3	3.4
	Casi siempre	14.9	8.0	22.9
	Siempre	32.1	39.3	71.4
	Total	50.0	50	100.0
Satisfacción	Muy insatisfecho	0.0	0.0	0.0
	Insatisfecho	0.0	1.1	1.1
	Sin opinión	0.4	2.7	3.1
	Satisfecho	14.9	5.0	19.8
	Muy satisfecho	34.7	41.2	76.0
	Total	50.0	50.0	100.0

Fuente: Barsallo, Adalberto. Escala de Interacción de Cuidado Enfermera – Paciente, versión de 23 enunciados para la enfermera y paciente (CNPI-23), 2018.

Del 100% de los participantes encuestados en el estudio de investigación en relación a aspectos específicos para la consecución de los objetivos del cuidado humanizado, con base a la importancia, las enfermeras consideran un 34.4% vs. los pacientes un 41.5% en el criterio de siempre (extremadamente); respecto a la frecuencia las enfermeras consideran un 32.1% vs. los pacientes un 39.3% en el criterio de siempre y en el aspecto de satisfacción las enfermeras consideran un 34.7% vs. los pacientes 41.2% en el criterio de muy satisfecho.

En base a los aspectos específicos de importancia, frecuencia y satisfacción, se observa un mayor porcentaje en el criterio de siempre para ambos actores. Infiriendo que las actitudes y comportamientos enlistados en la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, es de relevante importancia tanto para quienes brindan y reciben el cuidado, las cuales ocurren frecuentemente en la práctica y satisfacen la labor diaria de la enfermera y la necesidad de cuidado de los pacientes.

Cuadro VII. Percepción de la enfermera y el paciente en la relación de interacción enfermera-paciente, según las diferentes dimensiones de cuidado para la consecución de objetivos del cuidado humanizado.

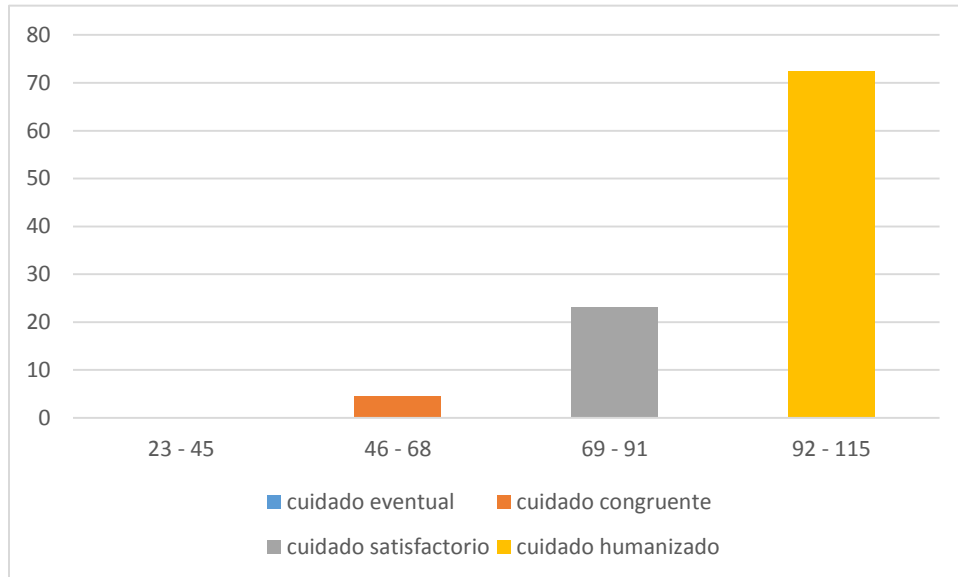
Dimensiones de cuidado	Criterios	Actores del cuidado		Total (%)
		Enfermera (%)	Paciente (%)	
Cuidado clínico	Casi nunca	0.4	0.8	1.2
	Pocas veces	5.7	0.8	6.5
	A veces	3	2	5.0
	Casi siempre	2.7	6.5	9.2
	Siempre	38.2	40	78.2
	Total	50.0	50.0	100.0
Relación de cuidado	Casi nunca	0.4	4.2	4.6
	Pocas veces	0.4	5.3	5.7
	A veces	1.1	5.7	6.8
	Casi siempre	14.9	6.5	21.4
	Siempre	33.2	28.3	61.5
	Total	50.0	50.0	100.0
Cuidado humanizado	Casi nunca	1.9	2.7	4.6
	Pocas veces	1.5	2.3	3.8
	A veces	7.6	5.0	12.6
	Casi siempre	1.6	9.5	11.1
	Siempre	37.4	30.5	67.9
	Total	50.0	50.0	100.0
Cuidado de confort	Casi nunca	0.8	0.4	1.2
	Pocas veces	0.4	0.8	1.2
	A veces	5.0	1.1	6.1
	Casi siempre	1.5	5.0	6.5
	Siempre	42.3	42.7	85
	Total	50.0	50.0	100.0

Fuente: Barsallo, Adalberto. Escala de Interacción de Cuidado Enfermera – Paciente, versión de 23 enunciados para la enfermera y paciente (CNPI-23), 2018.

Del 100% de los participantes encuestados respecto a las dimensiones de cuidado, en la dimensión de cuidado clínico según el criterio de siempre, las enfermeras consideran un 38.2% vs. los paciente un 40%; en la dimensión de relación de cuidado las enfermeras en el criterio de siempre consideran un 33.2% vs. los pacientes un 28.3%; en la dimensión de cuidado humanizado en el criterio de siempre las enfermeras registran un 37.4% vs. los pacientes con un 30.5% y en la dimensión de cuidado de confort en el criterio de siempre las enfermeras indican un 42.3% vs. los pacientes un 42.7%.

Según lo observado en el cuadro para las dimensiones de cuidado clínico, relación de cuidado, cuidado humanizado y cuidado de confort, se encuentra un mayor porcentaje en el criterio de siempre para ambos actores del cuidado. Infiriendo sobre estos datos que las enfermeras indican como siempre, la realización de las actividades enlistadas para cada dimensión en la práctica diaria del cuidado, en la relación de interacción de cuidado enfermera-paciente, y que los pacientes perciben y validan esas actividades de las enfermeras en el criterio de siempre.

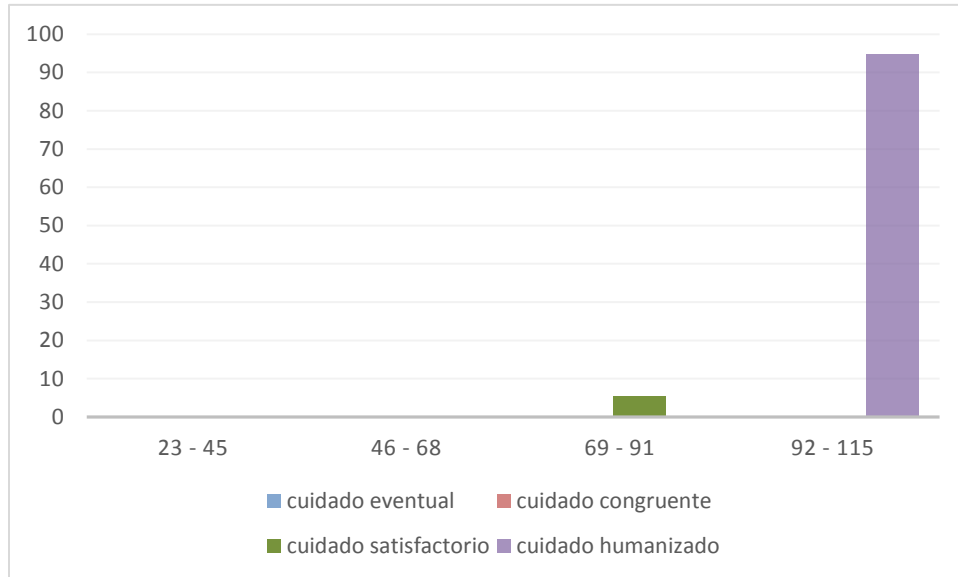
Gráfico 1. Clasificación de los datos de los pacientes según escala de medición para la categorización e interpretación de la interacción de cuidado enfermera-paciente



Fuente: Barsallo, Adalberto. Escala de Interacción de Cuidado Enfermera – Paciente, versión de 23 enunciados para la enfermera y paciente (CNPI-23), 2018.

Este gráfico representa la clasificación del cuidado obtenido por los pacientes, según la categorización y jerarquización realizada en el estudio, observando que el 72.5% de los pacientes encuestados se encuentran en un cuidado humanizado, seguido de un 23% en cuidado satisfactorio y un 4.5% en un cuidado congruente.

Gráfico 2. Clasificación de los datos de las enfermeras según escala de medición para la categorización e interpretación de la interacción de cuidado enfermera-paciente



Fuente: Barsallo, Adalberto. Escala de Interacción de Cuidado Enfermera – Paciente, versión de 23 enunciados para la enfermera y paciente (CNPI-23), 2018.

Este gráfico representa la clasificación del cuidado obtenido por las enfermeras según la categorización y jerarquización realizada en el estudio, donde se observó que el 95.6% de las enfermeras encuestadas se encuentran en un cuidado humanizado, seguido de un 5.4% en cuidado satisfactorio.

PRUEBAS DE HIPÓTESIS

Análisis de la percepción de la enfermera y la del paciente en la consecución de objetivos y del cuidado humanizado en la interacción enfermera - paciente

Se determina si la percepción del cuidado de la enfermera es independiente de la percepción del paciente en la relación de interacción del cuidado y viceversa

Hipótesis 1. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en la escala de interacción de cuidado enfermera – paciente. Se aplicó prueba chi-cuadrada de independencia.

a. Dimensiones globales de la escala en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: dimensiones globales de la escala en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Se aplicó prueba chi-cuadrada de independencia.

H1: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: dimensiones globales de la escala en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Se utilizó prueba chi-cuadrada de independencia.

Estadístico: Prueba chi-cuadrado de independencia

$$\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = \chi_{(k-1) \cdot (m-1)}^2$$

Calculando los grados de libertad.

Tabla 8. Cálculo del estadístico de la prueba para la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.768 ^a	4	.438
Razón de verosimilitud	3.808	4	.433
Asociación lineal por lineal	.343	1	.558
Nº de casos válidos	262		

Decisión: Aceptar la hipótesis nula (significancia asintótica 0.438 > 0.05)

Conclusión: Existe independencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la interacción de cuidado enfermera – paciente.

Hipótesis 2. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Se aplicó prueba chi-cuadrada de independencia.

b. Importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado

humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

Estadístico: Prueba chi-cuadrado de independencia

$$\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = \chi_{(k-1) \cdot (m-1)}^2$$

Calculando los grados de libertad.

Tabla 9. Cálculo del estadístico de la prueba para las actitudes y comportamientos.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.069 ^a	4	.001
Razón de verosimilitud	19.795	4	.001
Asociación lineal por lineal	.830	1	.362
N° de casos válidos	262		

Decisión: Rechazar la hipótesis nula (significancia asintótica < 0.05)

Conclusión: Existen dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la importancia de las actitudes y comportamientos en el proceso de interacción enfermera – paciente.

Hipótesis 3. Analizar independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Se aplicó prueba chi-cuadrada de independencia.

c. Frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

Estadístico: Prueba chi-cuadrado de independencia

$$\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = \chi^2_{(k-1) \cdot (m-1)}$$

Calculando los grados de libertad.

Tabla 10. Cálculo del estadístico de la prueba para la frecuencia de las actitudes y comportamientos.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.997 ^a	3	.012
Razón de verosimilitud	11.348	3	.010
Asociación lineal por lineal	4.997	1	.025
N° de casos válidos	262		

Decisión: Rechazar la hipótesis nula (significancia asintótica < 0.05)

Conclusión: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la frecuencia de las actitudes y comportamientos en el proceso de interacción enfermera – paciente.

Hipótesis 4. Analizar independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Se utilizó prueba chi-cuadrada de independencia.

d. Satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

Estadístico: Prueba chi-cuadrado de independencia

$$\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = \chi_{(k-1) \cdot (m-1)}^2$$

Calculando los grados de libertad.

Tabla 11. Cálculo del estadístico de la prueba para la satisfacción de las actitudes y comportamientos.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21.952 ^a	3	.000
Razón de verosimilitud	24.279	3	.000
Asociación lineal por lineal	.282	1	.596
N° de casos válidos	262		

Decisión: Rechazar la hipótesis nula (significancia asintótica < 0.05)

Conclusión: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la satisfacción de las actitudes y comportamientos en el proceso de interacción enfermera – paciente.

Hipótesis 5. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Se aplicó prueba chi-cuadrada de independencia.

e. Dimensión de cuidado clínico en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Se aplicó prueba chi-cuadrada de independencia.

H1: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Se aplicó prueba chi-cuadrada de independencia.

Estadístico: Prueba chi-cuadrado de independencia

$$\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = \chi_{(k-1) \cdot (m-1)}^2$$

Calculando los grados de libertad.

Tabla 12. Cálculo del estadístico de la prueba para la dimensión de cuidado clínico.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.255 ^a	4	.004
Razón de verosimilitud	16.709	4	.002
Asociación lineal por lineal	4.194	1	.041
N° de casos válidos	262		

Decisión: Rechazar la hipótesis nula (significancia asintótica $0.004 < 0.05$)

Conclusión: Existen dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la dimensión de cuidado clínico en el proceso de interacción enfermera – paciente.

Hipótesis 6. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

f. Dimensión de relación de cuidado en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

H1: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

Estadístico: Prueba chi-cuadrado de independencia

$$\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = \chi_{(k-1) \cdot (m-1)}^2$$

Calculando los grados de libertad.

Tabla 13. Cálculo del estadístico de la prueba para la dimensión de la relación de cuidado.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37.293 ^a	4	.0001
Razón de verosimilitud	41.862	4	.000
Asociación lineal por lineal	20.150	1	.000
N° de casos válidos	262		

Decisión: Rechazar la hipótesis nula (significancia asintótica 0.0001 < 0.05)

Conclusión: Existen dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la relación de cuidado en el proceso de interacción enfermera – paciente.

Hipótesis 7. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

g. Dimensión de cuidado humanizado en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

H1: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

Estadístico: Prueba chi-cuadrado de independencia

$$\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = \chi_{(k-1) \cdot (m-1)}^2$$

Calculando los grados de libertad.

Tabla 14. Cálculo del estadístico de la prueba para la dimensión del cuidado humanizado.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19.245 ^a	4	.001
Razón de verosimilitud	20.991	4	.000
Asociación lineal por lineal	1.336	1	.248
N° de casos válidos	262		

Decisión: Rechazar la hipótesis nula (significancia asintótica $0.001 < 0.05$)

Conclusión: Existen dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto del cuidado humanizado en el proceso de interacción enfermera – paciente.

Hipótesis 8. Analizar la independencia de la percepción de la enfermera, de la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

h. Dimensión de cuidado de confort en la interacción

Ho: Son independientes la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

H1: Existe dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando prueba chi-cuadrada de independencia.

Estadístico: Prueba chi-cuadrado de independencia

$$\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = \chi_{(k-1) \cdot (m-1)}^2$$

Calculando los grados de libertad.

Tabla 15. Cálculo del estadístico de la prueba para la dimensión de cuidado de confort.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.686 ^a	4	.020
Razón de verosimilitud	12.439	4	.014
Asociación lineal por lineal	1.045	1	.307
N° de casos válidos	262		

Decisión: Rechazar la hipótesis nula (significancia asintótica 0.020 < 0.05)

Conclusión: Existen dependencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto al cuidado de confort en el proceso de interacción enfermera – paciente.

Determinando la correlación entre la percepción del cuidado de la enfermera y la percepción del paciente en la relación de interacción del cuidado y viceversa

Hipótesis 9. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando coeficiente de correlación de Spearman.

Estadístico: Coeficiente de correlación de Spearman: expresa el análisis del fenómeno de estudio interacción de cuidado enfermera - paciente y el grado de asociación entre la perspectiva de la enfermera y la de paciente.

i. Importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la importancia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

Tabla 16. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la importancia de las actitudes y comportamientos.

	Valor Rho	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal Correlación por de ordinal Spearman N° de casos válidos	.148 262	.061	2.405	.017 ^c

A un nivel de significancia del 5%.

Decisión estadística: Existe una correlación positiva entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la importancia de las actitudes y comportamientos. (sig= 0.017 < 0.05).

Hipótesis 10. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando coeficiente de correlación de Spearman.

j. Frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la frecuencia de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

Tabla 17. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la frecuencia de las actitudes y comportamientos.

	Valor Rho	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal Correlación por de ordinal Spearman N° de casos válidos	.154 262	.061	2.513	.013 ^c

A un nivel de significancia del 5%.

Decisión estadística: Existe una correlación positiva entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la frecuencia de las actitudes y comportamientos. (sig= 0.013 < 0.05).

Hipótesis 11. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando coeficiente de correlación de Spearman.

k. Satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado como: la satisfacción de las actitudes y comportamientos en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

Tabla 18. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la satisfacción de las actitudes y comportamientos.

	Valor Rho	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal Correlación por de Spearman	.125	.062	2.035	.043 ^c
N° de casos válidos	262			

A un nivel de significancia del 5%.

Decisión estadística: Existe una correlación positiva entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la satisfacción de las actitudes y comportamientos. (sig= 0.043 < 0.05).

Hipótesis 12. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando coeficiente de correlación de Spearman.

I. Dimensión de cuidado clínico en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado clínico en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

Tabla 19. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la percepción de la dimensión de cuidado clínico.

	Valor Rho	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal Correlación por ordinal de Spearman	.071	.061	1.154	.249 ^c
N° de casos válidos	262			

A un nivel de significancia del 5%.

Decisión estadística: no existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente, con respecto a la dimensión de cuidado clínico. ($\text{sig} = 0.249 > 0.05$).

Rho de Spearman: correlación positiva muy baja (valor= 0.071).

Hipótesis 13. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando coeficiente de correlación de Spearman.

m. Dimensión de relación de cuidado en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de relación de cuidado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

Tabla 20. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la dimensión de la relación de cuidado.

		Valor Rho	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-.187	.060	-3.064	.002 ^c
N° de casos válidos		262			

A un nivel de significancia del 5%.

Decisión estadística: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente respecto a la dimensión de relación de cuidado. (sig= 0.002 < 0.05).

Rho de Spearman: correlación negativa muy baja (valor= - 0.187).

Hipótesis 14. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando coeficiente de correlación de Spearman.

n. Dimensión de cuidado humanizado en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado humanizado en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

Tabla 21. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la dimensión del cuidado humanizado.

	Valor Rho	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal Correlación por ordinal de Spearman	-.115	.062	-1.862	.064 ^c
N° de casos válidos	262			

A un nivel de significancia del 5%.

Decisión estadística: no existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente, respecto a la dimensión del cuidado humanizado. (sig= 0.064 > 0.05).

Rho de Spearman: correlación negativa muy baja (valor= - 0.115).

Hipótesis 15. Analizar la correlación de la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente. Aplicando coeficiente de correlación de Spearman.

o. Dimensión de cuidado de confort en la interacción

Ho: No existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

H1: Existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en: la dimensión de cuidado de confort en la interacción de cuidado enfermera – paciente.

Tabla 22. Correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto al cuidado de confort.

	Valor Rho	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal Correlación por ordinal Spearman	.023	.062	.379	.705 ^c
N° de casos válidos	262			

A un nivel de significancia del 5%.

Decisión estadística: no existe correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente, respecto a la dimensión del cuidado de confort. (sig= 0.705 > 0.05).

Rho de Spearman: correlación positiva muy baja (valor= 0.023).

DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados en esta investigación, se acepta la independencia en cuanto a la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en las dimensiones globales de la escala en la interacción de cuidado enfermera-paciente. Las diferentes investigaciones constatadas acerca de la percepción son de tipo descriptivo y no miden el grado de dependencia o independencia de sus resultados, describiendo solo los mismos, según sus hallazgos.

Para esta investigación de tipo correlacional, fue importante medir este grado con énfasis en la percepción de la enfermera y la del paciente; el resultado obtenido de independencia corrobora lo definido por Cinabal y Arce (2009), acerca de que la percepción es individual, con base a la interacción personal que el individuo ejerce con su entorno. De este modo mediante la interacción se crea un proceso constructivo de la información obtenida y la que ya se tenga, formándose un juicio concerniente sobre situaciones o las personas.

Para las enfermeras en este estudio se basó en una muestra de 7 profesionales, esta cantidad guarda cierto grado de relación con la cantidad de enfermeras profesionales encontradas en Ramírez y Parra (2011). Infiriendo que la percepción de cada persona es individual para cada una, cuando se estable un marco de relación o interacción con alguien.

Los datos sociodemográficos obtenidos con base a las enfermeras reflejan una media de edad de 28.14 años, el tiempo de ejercer su profesión se encuentra con

predominio entre 3-4 años de servicio lo que representa un 42.9%; en cuanto al tiempo de trabajar en la sala de cardiología el mayor porcentaje instaure de 1-2 años siendo el 57.1 %, y si trabaja en otra institución todas coinciden en no, siendo el 100%.

Estos datos indican que la percepción que pudieran tener los pacientes con base a la atención de enfermeras jóvenes, con poca experiencia y poco tiempo de servicio; hacen que se estereotipen las expectativas con base a la información que se va obteniendo. Constatando con Matlin y Foley (1996), refieren que las experiencias inmediatas son sensaciones de estímulos generados y que mediante la percepción interpretamos, dándoles significado. Infiriendo así en las percepciones mediante los datos que se generan del entorno.

En cuanto a la pregunta que no trabajan en otra institución, puede ser positivo para ellas, ya que se evita el incremento en el agotamiento físico y la baja en el rendimiento por la sobrecarga laboral de ejercer en dos instituciones de salud. En un estudio realizado por Gil-Montes y García-Juesas (2008), sobre el Síndrome de Burnout, se obtuvo que la sobrecarga laboral repercute en el desempeño e incrementa el agotamiento emocional; esto puede deberse a que el profesional de enfermería, al tener que brindar atención directa de persona a persona, tiene que formar un marco de interacción individual con cada uno, lo que aumenta la resolución de problemas individuales como salud, afectivos, emocionales, sociales y familiares, sobrecargando al profesional de enfermería. Queda abierta la puerta para futuras investigaciones y poder relacionar estas variables.

Se obtuvo una muestra de 131 pacientes hospitalizados, esta cantidad guarda relación con la muestra obtenida por Ramírez y Parra (2011), la cual fue de 122 usuarios hospitalizados. Por su parte los datos sociodemográficos obtenidos en este estudio indican una media de edad de 50.47 años, un grado académico con mayor nivel secundario 47.3%; en los días de estancia hospitalaria un 90% se encuentra en menos de 10 días y con base a hospitalizaciones anteriores un 51.1% señalan no haber estado hospitalizados antes.

Basándonos en este estudio se encontró un mayor porcentaje (54.2%) en los rangos de edad de (50 años y más), versus el estudio comparado (18 - 26 años); puede deberse que el mismo se efectuó en la sala de cardiología en la cual la mayor incidencia de casos son de enfermedades crónicas que padece la persona adulta.

En este estudio no se comparó si estos datos guardan relación entre la percepción del paciente ante los cuidados brindados por el personal de enfermería, ya que este no se consideró como objeto de estudio, pero se pueden formular estudios futuros dirigidos a medir este enfoque, su impacto y relación.

En un estudio realizado por Silva-Fhon (2015), sobre la correlación de estancia hospitalaria con la percepción del paciente, no encontró una significancia estadística, pero este mismo investigador cita que en un estudio revisado por él, de Alvarado (2011), encontró que la estancia hospitalaria puede influir en la percepción de la atención que se tenga de las enfermeras, ya que a mayor número de días de estancia hospitalaria mejor es la percepción del paciente. Queda entonces el poder investigar estas diferencias para poder comparar y arrojar datos evidentes de los mismos. Igualmente que las variables de hospitalizaciones anteriores, por las

experiencias vividas anteriormente, durante su hospitalización y el grado académico de cada uno, y comparar si a mayor grado académico puede haber una mayor expectativa con base a la atención o viceversa; lo cual puede inferir en las percepciones positiva o negativamente ante los cuidados brindados por el profesional de enfermería.

Respecto a la competencia y factibilidad de las actitudes y comportamientos enlistados en la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, las enfermeras consideran la actitud para realizar una actividad en cuanto a competencia, y que estas pueden suceder y se pueden realizar en cuanto a factibilidad, principalmente como siempre y muchas veces, lo que indica las disposiciones para realizar sus labores y que los enunciados enlistados reflejan situaciones que ocurren o deben suceder en su área laboral.

En lo que respecta a las actitudes y comportamientos enlistados en la escala de interacción de cuidado: importancia, frecuencia y satisfacción; y a las dimensiones por separado: cuidado clínico, relación de cuidado, cuidado humanizado y cuidado de confort; en este estudio se encuentra una dependencia de los resultados entre la percepción de la enfermera y la del paciente, lo que significa que el comportamiento de la enfermera o del paciente repercute en la percepción de ambos, disminuyendo negativamente o aumentando positivamente esta impresión realizada a través de nuestros sentidos.

Al constatar con Burgos (como citó González, 2013), el cual refiere que la percepción que tenga el paciente con base al cuidado que brinda la enfermera, implica un estímulo emocional el cual crea respuestas. Infiriendo en el proceso de

interacción enfermera-paciente, para el establecimiento de planes de cuidado y la solución de problemas para el mantenimiento de su salud.

La escala de interacción de cuidado enfermera-paciente en su primera parte describe las actitudes y comportamientos que se pueden presentar en la práctica profesional diaria, midiéndose tanto desde la percepción de la enfermera y del paciente en diferentes aspectos. En cuanto a las actitudes y comportamientos en el criterio de siempre (extremadamente), para la importancia, las enfermeras consideran un 34.4% vs los pacientes con un 41.5%, para la frecuencia las enfermeras con un 32.1% vs los pacientes con 39.3% y para la satisfacción las enfermeras 34.7% vs los pacientes con 41.2%, deduciendo estos resultados los pacientes consideran las actitudes y comportamientos de los diferentes enunciados en la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, en mayor instancia que el personal de enfermería, ya que los mismos son aspectos específicos del cuidado, los cuales repercuten en la atención y salud de esa persona enferma que necesita cuidados.

Aunque existe una correlación positiva en cuanto a estos tres aspectos entre las enfermeras y los pacientes; son los pacientes los que consideran un porcentaje mayor, sugiriendo la interrogante de que si las edades de las enfermeras o su tiempo de ejercer su profesión son factores que influyen en estos resultados. Estos datos pueden proponer la elaboración de nuevos estudios de investigación dirigidos a estas variables y relacionar su impacto en el cuidado que brinda el profesional de enfermería.

Los hallazgos que se tienen de otros autores solo refieren estudios descriptivos; por lo cual, dificulta la comparación de los mismos. Solo se obtuvo un estudio con enfoque descriptivo-correlacional y se realiza la comparación en las áreas de posible similitud.

Dimensión de cuidado clínico:

En esta dimensión se miden aspectos que involucran la atención directa del personal de enfermería con base a los cuidados técnicos y científicos que ejerce en su área de atención hacia sus pacientes, encontrándose que existe una correlación positiva muy baja (0.071) entre la percepción de la enfermera y la del paciente en cuanto a esta dimensión. Estos resultados guardan cierto grado de concordancia con lo señalado por Ramírez y Parra (2011), los cuales arrojaron resultados de que existe una correlación positiva en cuanto a monitorea y realiza seguimiento, donde este dominio representa los conocimientos científicos y técnicos que tiene el profesional de enfermería.

Este nivel de relación entre los pacientes y el personal de enfermería coincidieron mayormente en el criterio de siempre, donde refleja la importancia de esta dimensión y la percepción positiva que tiene el paciente acerca del trabajo que desempeña el profesional con base a sus competencias técnicas y científicas para garantizar el cuidado.

Dimensión relación de cuidado:

Para el estudio en esta dimensión se encuentra una correlación negativa muy baja (- 0.187) entre la percepción de la enfermera y la del paciente; estos datos no

guardan relación con los encontrados por Ramírez y Parra (2011), quienes reportan una correlación positiva en el dominio relación de confianza, siendo donde se da la mayor interrelación de persona a persona.

En esta dimensión se observa a una enfermera que educa, guía y orienta; la cual integra esa parte emocional y social del paciente para la ayuda y solución de problemas, en beneficio de la recuperación mediante la interacción interpersonal enfermera-paciente; estos datos reflejan que los pacientes mayormente perciben un descenso en esta dimensión, en los criterios de a veces, pocas veces y casi nunca, frente a las enfermeras que perciben con mayor instancia los criterios de casi siempre y siempre.

Dimensión cuidado humanizado:

Los datos obtenidos concluyen que existe una correlación negativa muy baja (- 0.115) entre la enfermera y el paciente con base a sus percepciones. Se estableció que en esta dimensión se da la aceptación humana para brindar un cuidado, integrando la espiritualidad del individuo en su ámbito bio-psico-social.

Dimensión cuidado de confort:

En esta dimensión se encuentra una correlación positiva muy baja (0.023); estos datos tienen cierto grado de relación con los encontrados por Ramírez y Parra (2011), en su dominio accesible, donde el personal de enfermería considera las necesidades básicas de los pacientes y realiza tratamientos oportunos según lo establecido, siendo importante el trabajo que desempeña el profesional en esta área que se relaciona positivamente.

Categorización de la escala:

En lo que respecta a la clasificación del cuidado según la categorización y jerarquización propuesta en el estudio de investigación, se obtuvo un mayor porcentaje en la categoría de cuidado humanizado (92 - 115 puntos) el cual demuestra una práctica, en donde la enfermera y el paciente han alcanzado el efecto esperado en el sistema de interacción de cuidado enfermera-paciente, que conlleva a una transacción donde se logra la consecución de los objetivos en una práctica de cuidado humanizado y eficaz.

Conclusiones

1. Posterior al análisis de los datos recabados, se determina que la relación global de las dimensiones entre la percepción de la enfermera y la del paciente, en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera-paciente, en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás, es independiente una de la otra; ya que las percepciones que se forman acerca del entorno e interacción con las personas que nos rodean son individuales lográndose así un juicio propio. Aceptando la hipótesis nula del estudio con una significancia asintótica de $0.438 > 0.05$.
2. Con base a las características sociodemográficas del personal de enfermería, se determina que todas son del sexo femenino 100%, panameñas con una media de edad en 28.14 años; una sola enfermera cuenta con grado académico de especialidad, un tiempo de ejercer su profesión comprendido entre 3-4 años con un tiempo en el servicio de cardiología de 1-2 años, y ninguna trabaja en otra institución.
3. Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes, se determina un predominio en el sexo masculino 67.2% con una media de edad en 50.47 años, de nacionalidad panameña el 85.5% y extranjeros 14.5%, grado académico con mayor registro a nivel secundario 47.3%, hospitalizaciones anteriores 51.1%, un 90% de menos de 10 días de estancia hospitalaria y el 39.7% presentaba un diagnóstico médico de infarto agudo al miocardio.

4. Se determina que las enfermeras perciben como competente 63.4% y factible 66.4%, las actitudes y comportamientos de los enunciados en la escala de interacción de cuidado, siendo positiva, ya que evidencia que estos ocurren en las salas de atención y mantienen una actitud para realizar estas actividades.
5. Tanto las enfermeras como los pacientes, mantienen una relación de dependencia en las actitudes y comportamientos con base a importancia, frecuencia y satisfacción; y en las dimensiones de cuidado clínico, relación de cuidado, cuidado humanizado y cuidado de confort, las cuales se entrelazan unas con otra influyendo en su aumento o disminución, lo cual puede repercutir positiva o negativamente en el cuidado.
6. El análisis de la correlación entre la percepción de la enfermera y la del paciente en cuanto a la importancia, frecuencia y satisfacción de las actitudes y comportamientos descritos en la escala, arrojó una correlación positiva entre ambos, pero siendo los pacientes los que mayormente reportaron una elevada relevancia en estos criterios.
7. El análisis de la correlación de las dimensiones de la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente respecto a las percepciones de la enfermera y el paciente: cuidado clínico correlación positiva débil ($0.249 > 0.05$), relación de cuidado correlación positiva muy débil ($0.002 < 0.05$), cuidado humanizado correlación positiva muy débil ($0.064 > 0.05$) y cuidado de confort correlación positiva considerable ($0.705 > 0.05$), arrojó algunas variantes las cuales se pueden profundizar posteriormente. Aunque hubo

correlación, resultaron con niveles bajos lo que puede reflejar alguna alteración o modificación en la percepción, lo cual repercute en el cuidado.

8. Tras el análisis de los datos obtenidos mediante la categorización de la escala; se obtuvo que tanto las enfermeras (94.6%), como los pacientes (72.5%) se encuentran en un rango de 92 - 115 puntos, logrando un cuidado humanizado, según la clasificación del cuidado propuesto.
9. La traducción de la Escala de Interacción de Cuidado Enfermera-Paciente al idioma español aporta una herramienta adicional para los países hispanoparlantes, respecto a la medición del cuidado proporcionado por el personal de enfermería.
10. La realización de una jerarquización y categorización de la escala en el idioma español con base en las teorías de enfermería, favorece la interpretación y análisis de los resultados obtenidos y le aporta significancia al cuidado que puede ser medido por enfermería desde una perspectiva teórica.
11. La aplicación de teorías de enfermería en estudios de investigación fortalece las bases científicas de la disciplina y sustentan los estudios investigativos realizados por el profesional de enfermería.

RECOMENDACIONES

- Realizar más estudios de tipo correlacional entre la percepción de la enfermera y el paciente, y de esta manera obtener más datos para poder constatar y comparar ambos puntos de percepción.
- Ampliar el número de la muestra al disminuir el porcentaje de la precisión absoluta, disminuyendo más el margen de error.
- Realizar futuras investigaciones con base a las características sociodemográficas del personal de enfermería y pacientes, para comparar si guardan relación con las percepciones de ambos actores.
- Motivar a los diferentes departamentos de docencia en enfermería a nivel nacional, que se involucren en la realización de estudios investigativos dirigidos al cuidado, y de esta manera disponer de evidencia científica.
- Fomentar la creación de planes de estudios y guías de orientación enfocadas a las bases teóricas del cuidado de enfermería, garantizando una integración holística del paciente en su cuidado.
- Realizar posteriores estudios investigativos donde se aplique el instrumento de interacción de cuidado enfermera-paciente en su versión al español, para obtener datos comparativos y medibles del cuidado de enfermería.

- Realizar estudios de investigación mixtos para poder comprender el comportamiento de las variables desde una perspectiva fenomenológica.

LIMITACIONES

- Escasa cantidad de estudios correlacionales hallados con base al objetivo de estudio, lo cual limita la comparación con otras investigaciones.

Bibliografía

Achury Saldaña, D. M. (2006). La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 8(1-2), 8-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220734002>

Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11(1-2), 333-338. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>

Bautista R., L. M. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan*, 8(1), 74 - 84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/741/74108108/>

Burns, N., y Grove, S.K. (2004). *Investigación en Enfermería*. Madrid, España: Elsevier S.A.

Cibanal Juan, L., y Arce Sánchez, M. (2009). *La Relación Enfermera - Paciente*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Colliere, M.F. (1993). *Promover la Vida*. Madrid, España: Mc Graw-Hill Interamericana.

Cossette, S., (2006). *Caring Nurse Patient Interaction Scale (CNPI) User manual*. Quebec, Canada: Université de Montréal. Recuperado de http://www.academia.edu/6662742/Caring_Nurse_Patient_Interaction_Scale_CNPI_User_manual

Cossette, S., Cara, Ch., Ricard, N. & Pepin, J. (2004). Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the caring nurse-patient interactions scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42 (2005) 673-686. doi: 10. 1016/j.ijnurstu.2004.10.004

Cossette, S., Cote, J.K., Pepin, J., Ricard, N. & D' Aoust, L-X. (2006). A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective: refinement of the caring nurse-patient interaction scale CNPI-short scale, 55(2), 198-214. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.038995.x

Cossette, S., Pepin, J., Côte, J. K. & de Courval, F. (2008). The multidimensionality of caring: a confirmatory factor analysis of the caring nurse-patient interaction short scale. *Journal of advanced nursing*, 61(6), 699-710. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04566.x

- Daza de Caballero, R., Torres Pique, A. M., & Prieto de Romano, G. I. (2005). Análisis Crítico del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 14(48–49), 37 párrafos. Scielo base de datos / 1132-1296. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004
- Delgado Panes, M. A. (2008). Percepción del paciente con SIDA sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Infectología del Hospital Nacional Dos de Mayo 2007. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Espinoza, L., Huerta, K., Pantoja, J., Velásquez W., Cubas, D., y Ramos A. (2010). El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. *Ciencia y Desarrollo*, 13(05), 53-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.21503/CienciayDesarrollo.2011.v13.05>
- García-Gutiérrez, C. & Cortés-Escarcéga, I. (2012). Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. *Conamed*, 17(1), 18-23. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3884680.pdf>
- Gil-Montes, P. y García-Juesas, J. (2008). Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): un estudio longitudinal en enfermería. *Revista Mexicana de Psicología*, 25 (2), 329-337. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/262675371>
- González, J. T., y Quintero, D. C. (2009). Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- González, Y. (2013). Percepción del paciente sobre el cuidado recibido por las enfermeras de un hospital de segundo nivel de atención. *Enfoque, Revista Científica de Enfermería*, 13(8), 51-59.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw - Hill Interamericana.
- Investigación Cuantitativa y cualitativa. (2018). De todo un poco, educación y otros temas. Recuperado de <https://roblesce.wordpress.com/2009/12/30/investigacion-cuantitativa-y-cualitativa/>
- Marriner Tomey, A. (1994). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid, España: Mosby / Doyma Libros S. A.

- Mayeroff, M. (1990). *On Caring*. United States of America: Harper Perennial.
- Matlin, M. W., y Foley, H. J. (1996). *Sensación y Percepción*. México D. F.: Prentice Hall.
- Moreno-Fergusson, M., Durán, M., Ospina, A., Salazar, A., Sánchez, B., y Veloza, M. (2014). *Modelos y teorías: lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar de enfermería*. Colombia: Ricmel impresores.
- Nájera, R. M., y Muñoz-Ledo, P. (2008). Las ciencias sociales en la enfermería [Versión electrónica]. *Revista de Ciencias Clínicas*, 9(2), 52-57, 6 páginas. Imbiomed base de datos / Uam082-03.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Process of translation and adaptation of instruments. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- Ortega, R. M. (2004). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería según la opinión del paciente y la enfermera (tesis de maestría)*. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Patronato del Hospital Santo Tomás. (2017). Promedio de estancia y porcentaje de ocupación según servicio. Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud H.S.T.
- Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*. Recuperado de <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/res18.2004.08>
- Quintero, M. (2001). *Enfermería en el mundo cristiano*. *Revista Aquichan*, 1(1), 42-45. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2107556.pdf>
- Ramírez Perdomo, C. A., y Parra Vargas, M. (2011). Percepción de los comportamientos de cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances de Enfermería*, XXIX (1), 97-108. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861> (14/08/2018).

- Reyes O., Espinosa R., y Olvera R. (2013). Criterios para determinar el tamaño de muestra en estudios descriptivos. *Academia Journals*, 5(3), 2919-2924. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Octavio_Lopez6/publication/331687597_Criterios_para_determinar_el_Tamano_de_Muestra_en_Estudios_Descriptivos/links/5c880965299bf14e7e7820d9/Criterios-para-determinar-el-Tamano-de-Muestra-en-Estudios-Descriptivos.pdf
- Rivera Álvarez, L. N., y Álvaro, T. (2007). Percepción de comportamientos humanizados de enfermería en la Clínica de Country. *Avances de Enfermería*, XXV (1), 56 - 68. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901> (14/08/2018).
- Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A., Ramírez, M., Ferro, N. y Alvarado, E. (2017). Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 191-198. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004>
- Rohrbach-Viadas, C. (1998). Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Revista de Enfermería y Humanidades*, 2(3), 41-45. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.1998.3.06>
- Rojas Martínez, W. & Barajas Lizarazo, M. A. (2012). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*, 1, 13 - 23. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986732>
- Romero Ameri, L. C. (2008). Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/482/Romero_al.pdf;jsessionid=7A303F381CA93FB6E23B305D053740EA?sequence=1
- Salcedo-Álvarez, R.A., Zárate-Grajales, R.A., Zarza-Arizmendi, M.D, Reyes-Audiffred, V., Rubio-Domínguez, S. & Fajardo-Ortiz, G. (2007). La percepción de los adultos mayores de la calidad de la atención de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 15(1), 19-23. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2007/en071d.pdf> (14/08/2018).
- Sánchez, R., y Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*, volumen 6(3), 302-318. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/rsap/2004.v6n3/302-318/> (20/04/2017).
- Sieloff Evans, C. L. (1991). *Imogenes King: A conceptual framework for nursing*. United State: SAGE publications.

- Sierra Herrera, M. T., Cardona Cardona, L. P., Bernal Segura, M. F. & Forero rozo, A. E. (2005). Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá. *Avances en Enfermería*, 24(1), 68-72. <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36018> (7-Octubre-2014)
- Silva-Fhon, J., Ramón-Cordova, S., Vergaray-Villanueva, S., Palacios-Fhon, V. y Partezani-Rodrigues, R. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enfermería Universitaria*, 12(2), 80-87. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.001>
- Torres contreras, C. C. (2010). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes Hospitalizados. [Versión electrónica]. *Avances en enfermería*, XXVIII (2), 98-110. EBSCO 2.
- Torres Mora, C., y Rivas Espinosa, J. G. (2010). Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera-un enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, volumen 18(3), 60-64. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica> (28-Enero-2012).
- Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería (2002). *El Arte y La Ciencia del Cuidado*. Bogotá, Colombia: Grupo de Cuidado.
- Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. (2006). Guadalupe Ltda (Ed.), *Cuidado y Práctica de Enfermería*. Colombia: editorial Unibiblos.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care, A Theory of Nursing*. United States of America: Jones and Bartlett Publishers.

ANEXOS

Anexo I



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
Consentimiento Informado**

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ COMITÉ DE BIOÉTICA DE INVESTIGACIÓN
(CBI-UP) (UP/CBIUP/EV/002.2 Versión 1. 15 de Mayo 2015)

Título de la investigación: *Relación entre la Percepción de los actores en el marco del sistema de la Interacción de Cuidado Enfermera - Paciente: fundamentado en la articulación de las Teorías de Imogenes King y Jean Watson.*

Estimado/a Señor/a Mi nombre es: **Adalberto Joel Barsallo Bremner** y soy investigador/a de la Universidad de Panamá en la **Facultad de Enfermería**; estamos proyectando esta investigación sobre **la relación entre la percepción de la enfermera/o y la del paciente ante los cuidados proporcionados**, para: cuyo objetivo propuesto es determinar la relación entre la percepción de la enfermera y la del paciente, en el marco del sistema de la Interacción de Cuidado Enfermera - Paciente; en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás.

Por lo cual para este estudio necesitamos que nos apoye con una encuesta personal que le tomara 10 minutos de su tiempo. Este método no debe traerle problemas, porque lo haremos en un ambiente privado para preservar la confidencialidad de su intervención.

Sin embargo, si encontramos algún problema particular, lo/la referiremos al médico/a o psicólogo/a u otra especialidad quién podrá ayudarlo. Aunque sea necesario tener su nombre y apellido para no confundir los datos, los resultados finales serán publicados en tabla o cambiando su identidad de tal manera que no será posible reconocerlo/a.

No se le pagará para participar en esta investigación, pero se le podrá compensar por el transporte y tiempo según las tarifas corrientes.

Una vez terminada esta investigación, yo me reuniré con ustedes para analizar los resultados finales.

El protocolo (propuesta de investigación) ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad de Panamá (CBIUP), quién es garante de los derechos de los y las participantes.

Usted puede hacer las preguntas que necesita para esta investigación al **teléfono (507)6609-3808**. Usted no está obligado/a a participar y puede cambiar de parecer en cualquier momento de la investigación y retirarse sin que esto afecte su atención, nos gustaría estar informado de esta decisión.

Para cualquier duda puede llamar a Adalberto Barsallo al teléfono 6609-3808 Habiendo entendido todo lo antes expuesto y estar satisfecho/a con las respuestas a mis dudas, firmo este consentimiento.

Nombres y apellidos Participante	Cédula	Firma	Fecha	Lugar
-------------------------------------	--------	-------	-------	-------

Nombres y apellidos Investigador/a	Cédula	Firma	Fecha	Lugar
---------------------------------------	--------	-------	-------	-------

Anexo II

 Universidad de Panamá

 Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
 Facultad de Enfermería

Maestría en Enfermería Cardiovascular

Hoja de datos generales para enfermeras (os)

Indicación: por favor marcar con un gancho la casilla seleccionada.

fecha: _____

 Sexo: Masculino femenino edad: _____

 Nacionalidad: panameño extranjero

 Grado académico: licenciatura especialidad maestría

tiempo de ejercer su profesión: _____

tiempo de servicio en la sala de cardiología: _____

 trabaja actualmente en otra institución: si no

Gracias...

Anexo III

 Universidad de Panamá

Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Facultad de Enfermería

Maestría en Enfermería Cardiovascular

Hoja de datos generales para pacientes

Indicación: por favor marcar con un gancho la casilla seleccionada.

fecha de ingreso: _____

días de estancia: _____

 Sexo: Masculino femenino edad: _____

 Nacionalidad: panameño extranjero

 Escolaridad: ninguna primaria secundaria técnico universidad

 vive actualmente: capital Interior del país

 hospitalizaciones anteriores: si no

 diagnóstico de ingreso: _____

Gracias...

Anexo IV



ESCALA DE INTERACCIÓN DE CUIDADO ENFERMERA – PACIENTE:

Versión de 23 enunciados para la enfermera (CNPI-23N). NOV. 2006.

Autora: Sylvie Cossette, RN, PhD.

Traducido por Dra. Yolanda M. González W.

#	Enunciado que Miden Percepción de la enfermera	No siempre	Un poco	En forma moderada	Muchas veces	Siempre (extremadamente)
		1	2	3	4	5
	Importancia					
	Que tan importante considera usted las actitudes y comportamientos enlistados en los siguientes enunciados?					
	Frecuencia	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
	Cree usted que ocurren las actitudes y comportamientos enlistados en los enunciados?					
	Satisfacción	Siempre insatisfecho	Insatisfecho	Sin opinión	Satisfecho	Siempre satisfecho
	Que tan satisfecho esta usted con las actitudes y comportamientos en listados en los enunciados?					
	Competencia	No siempre	Un poco	En forma moderada	Muchas veces	Siempre (extremadamente)
		1	2	3	4	5
	Que tan completo o que tan rápido te sientes acerca de las actitudes y comportamientos en los siguientes enunciados?					
	Factibilidad					
	Con que factibilidad usted encuentra en la práctica la las actitudes y comportamientos en los siguientes enunciados					
	Dimensiones					
	A. Cuidado clínico					
1.	Sabe cómo brindar el tratamiento (inyecciones intravenosas, vendajes, etc.)	1	2	3	4	5
2.	Sabe el manejo del equipo especializado (bombas de infusión, monitores, etc.).	1	2	3	4	5
3.	Revisa la medicación para aliviar los síntomas (náuseas, dolor, constipación, ansiedad, etc.)	1	2	3	4	5
4.	Brinda indicaciones para tratar o prevenir ciertos efectos secundarios de la medicación o el tratamiento.	1	2	3	4	5
5.	Sabe que hacer en las situaciones en donde tiene que actuar rápidamente.	1	2	3	4	5
6.	Ayuda a los pacientes con el cuidado que ellos no se puedan auto administrar.	1	2	3	4	5



APROBADO

[Signature]
FECHA 18/7/2017



	Enunciado que Miden Percepción de la enfermera	No siempre	Un poco	En forma moderada	Muchas veces	Siempre (extremadamente)
		1	2	3	4	5
7	Demuestra habilidad y destreza en sus diversas intervenciones con los pacientes.	1	2	3	4	5
8	Monitoreo cercanamente la condición de salud de sus pacientes.	1	2	3	4	5
9	Les brinda oportunidades para practicar autocuidado.	1	2	3	4	5
	B. Relación de Cuidado	1	2	3	4	5
10	Ayuda a sus pacientes a encontrar cierto equilibrio en sus vidas	1	2	3	4	5
11	Ayuda a sus pacientes a explorar lo que es importante en sus vidas.	1	2	3	4	5
12	Ayuda a sus pacientes a clarificar que cosas quieren o son significativos para ellos y que los tengan consigo.	1	2	3	4	5
13	Ayuda a sus pacientes a explorar los significados que ellos les dan a su condición de salud.	1	2	3	4	5
14	Ayuda a los pacientes a reconocer los medios para alcanzar una forma efectiva para resolver sus problemas.	1	2	3	4	5
15	Ayuda a sus pacientes a ver las cosas desde otro punto de vista.	1	2	3	4	5
16	Trata de identificar con sus pacientes las consecuencias de su comportamiento.	1	2	3	4	5
	C. Cuidado Humanizado	1	2	3	4	5
17	Considera a sus pacientes como individuos holísticos, les demuestra su interés en más que sus problemas de salud.	1	2	3	4	5
18	Estimula a sus pacientes a tener esperanza cuando fue apropiado	1	2	3	4	5
19	Enfatiza los esfuerzos de sus pacientes.	1	2	3	4	5
20	No demuestra a su paciente actitud de desaprobación	1	2	3	4	5
	D. Cuidado de Confort					
21	Respeto la privacidad (no explora la intimidad de sus pacientes)	1	2	3	4	5
22	Considera las necesidades básicas del paciente (sueño, higiene, etc.)	1	2	3	4	5
23	Brinda el tratamiento y administra la medicación en el horario estipulado	1	2	3	4	5

GRACIAS...



APROBADO

FECHA

18/7/2017²⁵

Anexo V



ESCALA DE INTERACCIÓN DE CUIDADO ENFERMERA – PACIENTE

Versión de 23 enunciados para Pacientes (CNPI-23N). NOV. 2006.

Autora: Sylvie Cossette, RN, PhD.

Traducido por Dra. Yolanda M. González W.

#	Enunciado que Miden Percepción del Paciente	No siempre	Un poco	En forma moderada	Muchas veces	Siempre (extremadamente)
	Importancia	1	2	3	4	5
	Que tan importante considera usted las actitudes y comportamientos enlistados en los siguientes enunciados?					
	Frecuencia	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
	Cree usted que ocurren las actitudes y comportamientos enlistados en los enunciados?					
	Satisfacción	No siempre	Un poco	En forma moderada	Muchas veces	Siempre (extremadamente)
		1	2	3	4	5
	¿Qué tan satisfecho está usted con las actitudes y comportamientos enlistados en los enunciados?					
	Dimensiones					
	D. Cuidado clínico	1	2	3	4	5
1.	La enfermera/o sabía cómo brindar el tratamiento (inyecciones intravenosas, vendajes, etc.)	1	2	3	4	5
2.	La enfermera/o sabía el manejo del equipo especializado (bombas de infusión, monitores, etc.).	1	2	3	4	5
3.	La enfermera/o revisaba su medicación para aliviar sus síntomas (náuseas, dolor, constipación, ansiedad, etc.)	1	2	3	4	5
4.	La enfermera/o me brindó indicaciones para tratar o prevenir ciertos efectos secundarios de su medicación o tratamiento.	1	2	3	4	5
5.	La enfermera/o supo que hacer en las situaciones en donde tenía que actuar rápidamente.	1	2	3	4	5
6.	La enfermera/o me ayudó con el cuidado que yo no me podía auto administrar.	1	2	3	4	5
7.	La enfermera/o demostró habilidad y destreza en sus diversas intervenciones que me brindó.	1	2	3	4	5
8.	Monitoreo cercanamente mi condición de salud	1	2	3	4	5



APROBADO

Subordinada
FECHA 18/7/2017



	Enunciado que Miden Percepción del Paciente	No siempre	Un poco	En forma moderada	Muchas veces	Siempre (extremadamente)
		1	2	3	4	5
9	La enfermera/o me brindó oportunidades para practicar mi autocuidado.	1	2	3	4	5
E. Relación de Cuidado		1	2	3	4	5
10	La enfermera/o me ayudó a encontrar cierto equilibrio en mi vida	1	2	3	4	5
11	La enfermera/o me ayudó a explorar lo que es importante en mi vida.	1	2	3	4	5
12	La enfermera/o me ayudó a clarificar que cosas quisiera, que personas significativas para mí me trajeran.	1	2	3	4	5
13	La enfermera/o me ayudó a explorar el significado que yo le di a mi condición de salud.	1	2	3	4	5
14	La enfermera/o me ayudó a reconocer los medios para resolver mis problemas en forma efectiva.	1	2	3	4	5
15	La enfermera/o me ayudó a ver las cosas desde otro punto de vista.	1	2	3	4	5
16	La enfermera/o trató de identificar conmigo las consecuencias de mi comportamiento.	1	2	3	4	5
F. Cuidado Humanizado		1	2	3	4	5
17	La enfermera/o me consideró como un individuo holístico, demostró interés en más que mis problemas de salud.	1	2	3	4	5
18	La enfermera/o estimuló a tener esperanza cuando fue apropiado	1	2	3	4	5
19	La enfermera/o enfatizó mis esfuerzos.	1	2	3	4	5
20	La enfermera/o no demostró una actitud de desaprobación	1	2	3	4	5
D. Cuidado de Confort		1	2	3	4	5
21	La enfermera/o respetó mi privacidad (no me expuso innecesariamente)	1	2	3	4	5
22	La enfermera/o considera mis necesidades básicas (sueño, higiene, etc.)	1	2	3	4	5
23	La enfermera/o me realizó tratamientos y me administró la medicación en el horario estipulado.	1	2	3	4	5

GRACIAS...



APROBADO
[Firma]
 FECHA
 18/7/2017

**Anexo VI ESCALA DE INTERACCIÓN DE CUIDADO ENFERMERA – PACIENTE:
Versión de 23 enunciados para la enfermera (CNPI-23N). NOV. 2006.
Autora: Sylvie Cossette, RN, PhD.
Traducido por Dra. Yolanda M. González W.**

Enunciados que Miden Percepción de la enfermera		Criterios				
		No siempre	Un poco	En forma moderada	Muchas veces	Siempre (extremadamente)
Importancia		1	2	3	4	5
¿Qué tan importante considera usted las actitudes y los comportamientos enlistados en los siguientes enunciados?						
Frecuencia		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Cree usted que ocurren las actitudes y los comportamientos enlistados en los enunciados						
Satisfacción		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Sin opinión	Satisfecho	Muy satisfecho
		1	2	3	4	5
¿Qué tan satisfecho está usted con las actitudes y comportamientos enlistados en los enunciados?						
Competencia		No siempre	Un poco	En forma moderada	Muchas veces	Siempre (extremadamente)
		1	2	3	4	5
¿Qué tan completo o que tan rápido te sientes acerca de las actitudes y comportamientos en los siguientes enunciados?						
Factibilidad		No siempre	Un poco	En forma moderada	Muchas veces	Siempre (extremadamente)
		1	2	3	4	5
Con que factibilidad usted encuentra en la práctica, las actitudes y comportamientos enlistados en los siguientes enunciados						
Dimensiones:						
#	A. Cuidado clínico (9 - 45 pts.)	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	siempre
1	Sabe cómo brindar el tratamiento (inyecciones intravenosas, vendajes, etc.)	1	2	3	4	5
2	Sabe el manejo del equipo especializado (bombas de infusión, monitores, etc.).	1	2	3	4	5
3	Revisa la medicación para aliviar los síntomas (náuseas, dolor, constipación, ansiedad, etc.)	1	2	3	4	5
4	Brinda indicaciones para tratar o prevenir ciertos efectos secundarios de la medicación o el tratamiento.	1	2	3	4	5
5	Sabe que hacer en las situaciones en donde tiene que actuar rápidamente.	1	2	3	4	5
6	Ayuda a los pacientes con el cuidado que ellos no se puedan auto administrar.	1	2	3	4	5

	Enunciado que Miden Percepción de la enfermera	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
7	Demuestra habilidad y destreza en sus diversas intervenciones con los pacientes.	1	2	3	4	5
8	Monitoreó cercanamente la condición de salud de sus pacientes.	1	2	3	4	5
9	Les brinda oportunidades para practicar autocuidado.	1	2	3	4	5
	Total de puntos obtenidos para esta dimensión					
	B. Relación de Cuidado (7 - 35 pts.)					
10	Ayuda a sus pacientes a encontrar cierto equilibrio en sus vidas	1	2	3	4	5
11	Ayuda a sus pacientes a explorar lo que es importante en sus vidas.	1	2	3	4	5
12	Ayuda a sus pacientes a clarificar que cosas quieren o son significativos para ellos y que los tengan consigo.	1	2	3	4	5
13	Ayuda a sus pacientes a explorar los significados que ellos les dan a su condición de salud.	1	2	3	4	5
14	Ayuda a los pacientes a reconocer los medios para alcanzar una forma efectiva para resolver sus problemas.	1	2	3	4	5
15	Ayuda a sus pacientes a ver las cosas desde otro punto de vista.	1	2	3	4	5
16	Trata de identificar con sus pacientes las consecuencias de su comportamiento.	1	2	3	4	5
	Total de puntos obtenidos para esta dimensión					
	C. Cuidado Humanizado (4 - 20 pts.)					
17	Considera a sus pacientes como individuos holísticos, les demuestra su interés en más que sus problemas de salud.	1	2	3	4	5
18	Estimula a sus pacientes a tener esperanza cuando fue apropiado	1	2	3	4	5
19	Enfatiza los esfuerzos de sus pacientes.	1	2	3	4	5
20	No demuestra a su paciente actitud de desaprobación	1	2	3	4	5
	Total de puntos obtenidos para esta dimensión					
	D. Cuidado de Confort (3 - 15 pts.)					
21	Respeto la privacidad (no explora la intimidad de sus pacientes)	1	2	3	4	5
22	Considera las necesidades básicas del paciente (sueño, higiene, etc.)	1	2	3	4	5
23	Brinda el tratamiento y administra la medicación en el horario estipulado	1	2	3	4	5
	Total de puntos obtenidos para esta dimensión					
	Total de puntos obtenidos en la escala en general (23 - 115 pts.)					

GRACIAS...

Anexo VII ESCALA DE INTERACCIÓN DE CUIDADO ENFERMERA – PACIENTE
Versión de 23 enunciados para Pacientes (CNPI-23P). NOV. 2006.
Autora: Sylvie Cossette, RN, PhD.
Traducido por Dra. Yolanda M. González W.

Enunciados que Miden Percepción del Paciente		Criterios				
		No siempre	Un poco	En forma moderada	Muchas veces	Siempre (extremadamente)
Importancia		1	2	3	4	5
¿Qué tan importante considera usted las actitudes y comportamientos enlistados en los siguientes enunciados?						
Frecuencia		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Cree usted que ocurren las actitudes y comportamientos enlistados en los enunciados						
Satisfacción		Muy insatisfecho	insatisfecho	Sin opinión	Satisfecho	Muy satisfecho
		1	2	3	4	5
¿Qué tan satisfecho está usted con las actitudes y comportamientos enlistados en los enunciados?						
Dimensiones:						
#	A. Cuidado clínico (9 - 45 pts.)	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
1	La enfermera/o sabía cómo brindar el tratamiento (inyecciones intravenosas, vendajes, etc.)	1	2	3	4	5
2	La enfermera/o sabía el manejo del equipo especializado (bombas de infusión, monitores, etc.).	1	2	3	4	5
3	La enfermera/o revisaba su medicación para aliviar sus síntomas (náuseas, dolor, constipación, ansiedad, etc.)	1	2	3	4	5
4	La enfermera/o me brindó indicaciones para tratar o prevenir ciertos efectos secundarios de su medicación o tratamiento.	1	2	3	4	5
5	La enfermera/o supo que hacer en las situaciones en donde tenía que actuar rápidamente.	1	2	3	4	5
6	La enfermera/o me ayudó con el cuidado que yo no me podía auto administrar.	1	2	3	4	5
7	La enfermera/o demostró habilidad y destreza en sus diversas intervenciones que me brindó.	1	2	3	4	5
8	Monitoreó cercanamente mi condición de salud	1	2	3	4	5

	Enunciado que Miden Percepción del Paciente	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
9	La enfermera/o me brindó oportunidades para practicar mi autocuidado.	1	2	3	4	5
	Total de puntos obtenidos para esta dimensión					
	B. Relación de Cuidado (7 - 35 pts.)					
10	La enfermera/o me ayudó a encontrar cierto equilibrio en mi vida	1	2	3	4	5
11	La enfermera/o me ayudó a explorar lo que es importante en mi vida.	1	2	3	4	5
12	La enfermera/o me ayudó a clarificar que cosas quisiera, que personas significativas me trajeran.	1	2	3	4	5
13	La enfermera/o me ayudó a explorar el significado que yo le di a mi condición de salud.	1	2	3	4	5
14	La enfermera/o me ayudó a reconocer los medios para resolver mis problemas en forma efectiva.	1	2	3	4	5
15	La enfermera/o me ayudó a ver las cosas desde otro punto de vista.	1	2	3	4	5
16	La enfermera/o trató de identificar conmigo las consecuencias de mi comportamiento.	1	2	3	4	5
	Total de puntos obtenidos para esta dimensión					
	C. Cuidado Humanizado (4 - 20 pts.)					
17	La enfermera/o me consideró como un individuo holístico, demostró interés en mí, más que en mis problemas de salud.	1	2	3	4	5
18	La enfermera/o estimuló a tener esperanza cuando fue apropiado	1	2	3	4	5
19	La enfermera/o enfatizó mis esfuerzos.	1	2	3	4	5
20	La enfermera/o no demostró una actitud de desaprobación	1	2	3	4	5
	Total de puntos obtenidos para esta dimensión					
	D. Cuidado de Confort (3 - 15 pts.)					
21	La enfermera/o respetó mi privacidad (no me expuso innecesariamente)	1	2	3	4	5
22	La enfermera/o considera mis necesidades básicas (sueño, higiene, etc.)	1	2	3	4	5
23	La enfermera/o me realizó tratamientos y me administró la medicación en el horario estipulado.	1	2	3	4	5
	Total de puntos obtenidos para esta dimensión					
	Total de puntos obtenidos para la escala en general (23 - 115 pts.)					

GRACIAS...

Anexo VIII

4/4/2017

Correo - adaljoel@hotmail.com

From: sylvie.cossette.inf@umontreal.ca
 To: adaljoel@hotmail.com
 Subject: RE: Greetings from Panama!
 Date: Mon, 21 Sep 2015 16:55:11 +0000

Hello Barsalio
 Thank you for your interest in the CNPI scale

There is one PhD student in Spain who is in the process to translate the scale in Spanish. However, she told me this morning by email that she will begin her work of translation this next year so the translation will not be ready for 2015-2016.

If you need the scale now, I think the best is to translate the scale.

If you do so, please let me know the progress of your work and eventually, I could include your Spanish version in the CNPI user manual, with certainly acknowledging your work

Sylvie

Sylvie Cossette inf. PhD
 Vice-doyenne à la recherche et au développement international et Professeure titulaire

FACULTÉ DES
sciences infirmières | Université 
 Créez le rythme »»
 514-343-6173

Chercheure



514-376-3330 poste 4012
sylvie.cossette.inf@umontreal.ca

De : Adalberto Barsalio [<mailto:adaljoel@hotmail.com>]
Envoyé : 20 septembre 2015 20:16
À : Cossette Sylvie
Objet : Greetings from Panama!

Respected Dr. Cossette

My name is Adalberto Joel Barsalio Bremner, I am licenced in Nursing Science in the City of Panama. I am currently in the process of gaining my masters in cardiovascular nursing and as a requirement we have to present a final thesis investigation. I am looking for instruments that will help me apply to my investigation, I found an elaborate one done by you (Caring Nurse-Patient Interactions Scale, CNPI-23) the version for nursing, patients and family. This version brings all of the aspects to evaluate in my investigation. The questionnaires are in English but, in my country the official language is Spanish. I ask in good manner if the same questionnaires exist already translated in Spanish. If not, could you give me authorization to translate, apply and the guides how you desire for maintaining the objective of the questionnaires.

Sincerely,

Adalberto Barsalio

Anexo IX



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
COMITÉ DE BIOÉTICA DE INVESTIGACIÓN (CBI-UP)

NOTA DE APROBACIÓN DEFINITIVA

Panamá 4 de julio de 2017
Nota N° /CBIUP/224/17

Licenciado Aldalberto Barsallo
Investigador Principal

Estimado Licenciado Barsallo:

Reciba un cordial saludo.

El Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad, en su sesión del 13 de julio de 2017, aprobó los siguientes documentos, correspondientes al Protocolo "**Relación entre la Percepción de los actores en el Marco del Sistema de la Interacción de Cuidado Enfermera-Paciente; Fundamento en la articulación de las Teorías de Imogenes King y Jean Watson**", con código VIP-01-13-06-2016-02, para ser realizado en el Hospital Santo Tomás, ubicado en Calle 34 Este y Avenida Balboa, corregimiento de Calidonia, Panamá.

1. **Protocolo.**
2. **Consentimiento Informado.**

Le deseamos éxito y le recordamos que debe enviar un informe al final del año 2017 y al terminar la investigación.

Atentamente,


DRA. CLAUDE VERGÉS

Presidente
Comité de Bioética de Investigación
de la Universidad de Panamá

CC: **DR. JAIME GUTIÉRREZ**
Vicerrector de Investigación y Postgrado

Anexo X



COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN – H.S.T.

17 de agosto de 2017
 NOTA N°1632- 2017/CEI-HST

Licenciado
ADALBERTO BARSALLO B.
 E. S. M.

Licenciado Barsallo:

En respuesta a la nota presentada el 24 de julio de 2017 en la cual anexa los siguientes documentos:

- ✓ Aprobación del DIGESA para realizar una investigación
- ✓ Consentimiento informado con sello del Comité de Bioética que lo aprobó.
- ✓ Protocolo aprobado.
- ✓ Carta de aprobación del protocolo de Investigación por un CBI acreditado.
- ✓ Carta de presentación de documentos por realizar una Investigación en el H.S.T.

Puede dar inicio al desarrollo del Proyecto de Investigación: **“Relación entre la Percepción de los actores en el marco del sistema de la Interacción de Cuidado Enfermera-Paciente: fundamentado en la articulación de Las teorías de Imogenes King y Jean Watson”**. Como opción a trabajo de grado en el programa de Maestría en Enfermería de la Universidad de Panamá.

Con respeto

DRA. MAGELA DE CARRILLO
 Presidenta del Comité de Ética e Investigación
 Hospital Santo Tomás

• *Magel*



Comité de Ética de la Investigación, Telefax: 507-5620, Tel. 5075600 Ext.186 – 420-422

“SERVIR CON EFICIENCIA, CALIDAD Y HUMANISMO A TODOS LOS PANAMEÑOS”

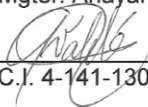
Anexo XI

Panamá, 31 de enero de 2019

A quien concierne:

Como especialista en la asignatura de Español, hago constar que el estudiante Adalberto Joel Barsallo Bremner, con cédula 8-764-1395, ha cumplido con el requisito de revisión y corrección de la tesis, cuyo título es: “ **RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES EN EL MARCO DEL SISTEMA DE LA INTERACCIÓN DE CUIDADO ENFERMERA- PACIENTE: FUNDAMENTADO EN LA ARTICULACIÓN DE LAS TEORÍAS DE IMOGENES KING Y JEAN WATSON**”, para optar al título de Maestro en enfermería cardiovascular.

Atentamente,
Mgter. Anayansi F. Valdés C.


C.I. 4-141-130

