

MASTER UNIVERSITARIO CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA. 2012



**Universidad**  
Zaragoza



# **PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

---

**Ana Victoria Gil Gómez**  
**Tutora: Concha Germán Bes**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**  
**SEPTIEMBRE 2012**

## AGRADECIMIENTOS

---

Me gustaría agradecer a todo aquel que me ha prestado su apoyo en la realización de este proyecto, gracias

Gracias a Concha German, por cultivar en mí la motivación y el entusiasmo por este precioso campo de estudio.

Gracias a mi familia y amigos, especialmente a mi madre Ana Carmen Gómez y a mi tío Luis Antonio Gómez, por su apoyo aún en los momentos más difíciles y por proporcionarme la serenidad suficiente que me ha permitido la realización de este estudio.

Gracias a Jorge, por su acompañamiento y comprensión, y por ser un gran apoyo.

Gracias a mis compañeros de promoción, sin duda uno de los mejores regalos que me ha ofrecido el máster, en especial agradecer a Fernando Urcola, María Martínez y Daniel Vázquez.

Gracias también a mis compañeros y amigos del hospital, a Marisa y Angelines como directora y supervisora de área, a José María Félez, mi supervisor, y a Lucía, amiga y compañera, que tantas veces ha estado ahí cuando lo he necesitado.

Muchas gracias a todos.

ÍNDICE

---

<i>Resumen</i>	3
<i>Introducción</i>	4
<i>Marco conceptual</i>	9
<i>Hipótesis</i>	13
<i>Objetivos</i>	14
<i>Metodología y diseño</i>	15
<i>Diseño del estudio</i>	15
<i>Población a estudio</i>	15
<i>Variables del estudio</i>	16
<i>Consideraciones éticas</i>	17
<i>Herramientas</i>	17
<i>Análisis estadístico</i>	18
<i>Resultados</i>	20
<i>Discusión</i>	29
<i>Dificultades y limitaciones</i>	32
<i>Conclusiones</i>	34
<i>Bibliografía</i>	35
<i>Anexos</i>	41

## RESUMEN

---

El cuidado invisible semejante al humanístico comprende una serie de acciones que promueven la integridad física, espiritual, social, emocional e intelectual de la persona, un proceso de transformación del ser cuidado y del cuidador. La enfermería según la perspectiva del cuidado humanístico, concibe al ser humano como un todo, como un ser singular. Aunque la profesión enfermera, sea la gestora de los cuidados de la persona, en ocasiones encuentra la totalidad de su labor sometida a tratamientos médicos y procedimientos biotecnológicos. La principal amenaza que encontramos son los niveles de sobrecarga laboral que aumentan progresivamente en la actualidad, con las posibles consecuencias en la atención al usuario y familia y en los propios profesionales. Creemos relevante investigar la percepción de las características del cuidado que tiene la propia enfermería, qué aspectos del mismo destacan, los relacionados con lo técnico y con el cuidado humanístico, a qué se otorga mayor valor. Este trabajo describe los cuidados de las enfermeras del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia mediante un diseño transversal observacional descriptivo, a través del cuestionario Care-Q elaborado por Patricia Larson. De los 84 cuestionarios proporcionados al total de la población a estudio se recogieron 40. Se utilizó la división ya existente del cuestionario por subescalas; a la población se la agrupó según dos criterios: por unidad, y por temporalidad de asistencia en el centro. En este trabajo se presenta resultados más altos que en el resto de estudios realizados en hospitales de China, Irán o Estados Unidos entre otros. Además de obtener mayor valor la percepción de enfermería vinculada con los ítems referidos a aspectos técnicos en comparación con los humanísticos. La única unidad que presenta diferencias significativas con respecto a las demás fue cirugía para la subescala "conforta", quizá en relación con el temor quirúrgico del paciente. La división sectorial de la asistencia por temporalidad no obtuvo diferencias significativas. Los ítems en relación con la técnica siguen situándose como más relevantes que los relacionados con el confort o la confianza del paciente. El hecho de conocer el estado de las de las percepciones de enfermería en cuanto al cuidado que presta, provoca una mejora de los mismos y una base o punto de partida para líneas de investigación en este campo, hasta el momento poco desarrollado. La investigación en enfermería es una manera de potenciar el desarrollo de esta misma como disciplina.

## INTRODUCCIÓN

---

La enfermería es una profesión antigua, con una gran trayectoria histórica e importancia social, que se ha ido adaptando a las necesidades de cada época y cultura. Para la enfermera de ámbito francófono Rosette Poletti, la enfermería ha sido un arte y una práctica basada en unos principios científicos y técnicos biomédicos que desde hace varias décadas tiene la necesidad de reducir su dependencia conceptual para desarrollar un marco teórico propio<sup>1</sup> como disciplina científica. Para otros autores, entre ellos la profesora Germán<sup>2</sup> la enfermería cumple los criterios de profesión, ya que consta de un cuerpo de conocimientos propio, un control de la profesión, colegios profesionales, un código ético y una especialización, que utiliza para prestar el servicio que debe a la sociedad.

### *Relevancia y elección del tema*

La dependencia conceptual de la biomedicina ha reportado a la enfermería beneficios profesionales como su alto nivel tecnológico. Pero también ha tenido consecuencias no tan positivas como el hecho de haber relegado a un segundo plano lo que algunas autoras como Watson o Waldow conocen como cuidados humanizados, en España llamados, cuidados invisibles<sup>3</sup>. Vera Regina Waldow define este cuidado humano propio de la enfermería como un acto que ayuda a la persona a crecer y evolucionar en momentos difíciles, ayudando en el proceso de curación, haciendo que sea menos traumático<sup>4</sup>.

Este trabajo se sitúa en el enfoque de los cuidados humanizados o invisibles, -preferimos el segundo término porque es más amplio- ya que trata de averiguar si la percepción de los mismos está mejorando tanto por parte de las enfermeras como por parte de los usuarios. El cuidado invisible no sólo contiene elementos éticos guiados hacia la persona cuidada, sino que coloca a los enfermos en las mejores condiciones para recuperar el equilibrio perdido (como ser bio-psico-socio-espiritual). Este modo de asistencia al mismo tiempo se recupera las palabras de Poletti “la enfermera trabaja con los recursos internos, es decir; con la propia persona”<sup>1</sup>. La elección de este tema se debe a la necesidad expresada por los pacientes y familiares de pacientes, de una atención sanitaria cercana, el agradecimiento de la misma cuando esta se ha dado y los comentarios de satisfacción por el bienestar procurado por los enfermeros y enfermeras que les han atendido. El deseo de los profesionales de enfermería de poder ofrecer ese tipo de asistencia sanitaria cercana, anima a investigar acerca del mismo.

*Estado de la cuestión*

Un claro ejemplo de que nuestra disciplina lleva años desarrollando y constituyendo su propio campo disciplinar es la existencia de los tres libros que debieran ser básicos en el desempeño profesional de la enfermería, el NANDA<sup>5</sup>, el libro que cataloga los diagnósticos de enfermería existentes según la asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería; el NOC<sup>6</sup> (clasificación de resultados de enfermería), y el NIC<sup>7</sup> clasificación de intervenciones de enfermería. Estos libros taxonómicos, junto con investigaciones en la profesión cualitativas y cuantitativas y demás literatura científica procuran que la enfermería este conformando su propia área teórica y práctica, reforzando el nombre de profesión, como he mencionado anteriormente y disciplina, como mencionaré más tarde. Completa lo que se conoce como profesión de enfermería.

Más allá del sustantivo enfermera la sociedad desconoce el abanico de labores que llega a ejercer en cualquiera de sus variantes e independientemente del tipo de unidad en la que se trabaje. Las labores y conocimientos técnicos, socioculturales, y éticos y hasta donde llegan cada uno de ellos son factores en ocasiones desconocidos para la sociedad en general, llegándose a desvirtuar e incluso a infravalorar algunas veces el trabajo que ejercen las enfermeras y enfermeros<sup>8</sup>.

Las encuestas de satisfacción de la atención que presta el colectivo enfermero, y tal y como se describe más tarde, son en numerosas ocasiones estudiadas como indicadores de calidad del cuidado de enfermería, centrándose en estudios cualitativos, o en su mayoría cuantitativos a través de escalas y cuestionarios, resultando de ellos, la posición de la enfermera muy positivamente valorada<sup>9</sup>.

La propia visión que la enfermera tenga de su rol es mucho menos estudiada, que tampoco se emplea o no llega a servir a los órganos gestores para medir la calidad de la atención que presta el personal del que disponen, tanto como las encuestas de satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud<sup>10,11</sup>. Sin embargo, cuando menos; es interesante descubrir, qué es lo que el mismo personal de enfermería entiende por el cuidado que presta, y de igual manera, que dimensiones del mismo, son más importantes para estos profesionales.

Realizar un reconocimiento a la labor que realiza la enfermera hoy día es de suma importancia e interés, pero también resulta interesante descubrir cuál es la propia percepción que la enfermería tiene de su trabajo a nivel individual. Descubrir hacia que corriente o tendencia de la

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

enfermería se asocia cada una de ellas en su día a día laboral proporcionaría a la propia enfermera autodeterminación. Primeramente la enfermería debería conocer la existencia de variantes de filosofías de enfermería y que se puede pertenecer a cualquiera de ellas o tener más afinidad con alguna, siendo todo esto causado por el trabajo que realizan a diario; cuando menos les otorgaría una caracterización de su manera de obrar profesionalmente, y esto es algo que serviría de motivación y procuraría sentimiento de pertenencia.

Por otra parte la investigación en cuidados, siendo la labor de investigación una de las cuatro junto con la asistencial, la gestora y la docente; se presta como un instrumento de relevancia para la construcción de la enfermería como ciencia y disciplina<sup>12, 13</sup>.

En este momento se está potenciando una corriente de investigaciones en cuidados invisibles, llegándose a desarrollar en diferentes unidades que poco han de ver las unas con las otras, como por ejemplo, las unidades de cuidados paliativos<sup>14</sup>, unidades de cuidados intensivos<sup>15</sup>...

Respecto al campo de conocimientos que la investigación cualitativa respecto con la cuantitativa puede ofrecernos, se podría decir que es diferente. También cabría añadir que la investigación cualitativa es mucho más abundante que la cuantitativa en cuanto a lo que a cuidados se refiere. Manuel Amezcua junto con Antonia Carricondo concluyen en uno de sus artículos con el convencimiento de que existe una relación directa entre las estrategias de humanización de la salud y la adopción de metodologías cualitativas en investigación, por lo que cabe esperar que éstas se generalicen en la medida en que el cuidado del paciente se aborde desde una perspectiva más holística<sup>16</sup>.

### *La calidad percibida por usuarios y sanitarios*

Los modelos de evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería que se han ido utilizando en diferentes lugares y momentos a lo largo de estas últimas décadas apenas o en pocas ocasiones mencionan expresamente procedimientos que se englobarían dentro del concepto de cuidados invisibles. De esta manera, y haciendo un repaso de los antecedentes de este tipo de estudios, encontramos los audit de enfermería, siendo estos mismos cuestionarios autocumplimentados diseñados por las propias instituciones con el objetivo de mejorar los cuidados de enfermería de las mismas<sup>17</sup>.

En el ámbito estadounidense y quizá por la situación sociosanitaria del lugar y el momento se comenzaron a diseñar numerosos cuestionarios que evaluaban la calidad de la asistencia sanitaria. Partían y estaban creados por organizaciones e instituciones como la Joint Commission of Hospitals, creada entre Canadá y Estados Unidos, y que rápidamente se internacionalizó

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

como modo de evaluación asistencial a otros países europeos como Francia, Reino Unido y España<sup>18</sup>.

También procedente de Estados Unidos y creada por la National League of Nursing, se creó un cuestionario de 600 preguntas referentes a los cuidados de enfermería, cuyo objetivo era evaluar las necesidades de los pacientes, la realización de los cuidados, la organización de los mismos y los resultados obtenidos<sup>19</sup>.

Swain y Horn, desarrollaron un instrumento para medir los resultados de las intervenciones de enfermería consistente en un marco de referencia de ocho categorías basado en las necesidades personales del modelo de autocuidados de Dorotea Orem. El cuestionario consta de 539 preguntas<sup>20</sup>. En 1979, la orden de enfermería de Quebec (Canadá), redactó el cuestionario MAQSI, también fundamentado sobre el modelo de autocuidado de Dorotea Orem, y también encargado de realizar evaluación de la asistencia de enfermería<sup>21</sup>.

También existen otros modelos de evaluación asistencial como el JCAHO (Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations) evalúa de manera necesariamente continuada dos áreas en las que se divide de manera principal: el área que se centra en la atención al paciente, y el área de organización<sup>22</sup>, este modelo fue consensuado de manera internacional por 16 países encargados de su aprobación. Un modelo similar y con carácter de aplicación europea es el EFQM<sup>23</sup> de aplicación más que en cuidados de manera directa, en gestión hospitalaria.

Tal y como indica el repaso a la evaluación de los cuidados de enfermería, desde los métodos más concretos, hasta los más generales y conocidos, pocas de estas técnicas se centran en el cuidado directo al paciente. Menos aún comunes y poco extendidos, aunque existen, y se usan por su relevancia práctica, son los cuestionarios autocumplimentados por los profesionales de la enfermería y que evalúan la manera de trabajo, el cuidado. Tampoco se encuentran dentro de la investigación cuantitativa, y tal y como hemos mencionado anteriormente, y referenciado con Manuel Amezcua, demasiados estudios cuantitativos que traten de evaluar percepciones o procedimientos de enfermería centrados en el nivel humanístico de la misma, ni de cuidados invisibles. Por esta misma razón, resultaría interesante producir más investigación en este tipo de cuidados, estimular la continuación de la investigación cualitativa en este campo y potenciar la cuantitativa.

## MARCO CONCEPTUAL

### *Barreras para el desarrollo*

El momento que vive ahora mismo la enfermería asistencial, no es demasiado esperanzador, puesto que le rodean varios frentes tales como la disminución o pérdida de recursos humanos, que ponen en riesgo la calidad del cuidado prestado, situando en primer plano los cuidados de alto riesgo. Desarrollo algunos conceptos a continuación que a mi juicio forman parte de la problemática que impide un correcto avance de los cuidados invisibles. Comenzando por lo que se entiende por cuidado invisible, podríamos decir que intentar separar la atención de enfermería de la humanización de la misma resulta ilógico, puesto que la atención o asistencia, es un acto humano, que engloba características humanas como la amabilidad, la misericordia o la compasión<sup>24</sup>. A partir de aquí, se plantean algunas preguntas que vienen a la mente de manera preocupante, ¿supone esto que las circunstancias que rodean a la enfermería están provocando que está pierda características naturales e inherentes al proceso de asistencia al ser humano? ¿Es capaz la conjunción de la problemática actual de eliminar recursos como la ayuda al individuo, o la asistencia ante la necesidad? ¿Qué nivel de presión se ejerce sobre la enfermería para que esta no desarrolle de la manera oportuna el cuidado invisible?

La enfermería humanizada, concibe al ser humano como un todo, un ser singular, dotado de cuerpo, mente, espíritu y relaciones sociales<sup>25</sup>. La enfermera, es la encargada de gestionar el cuidado del individuo desde estas características, en ocasiones no es así, porque la propia enfermería no se ve a sí misma como gestora de los cuidados que presta, sino como subordinada de tratamientos médicos y procedimientos biotecnológicos; esto es lo que bajo mi perspectiva debe cambiar, la enfermera debe concebirse como gestora de cuidados de las personas, proporcionando así un cuidado integral de la salud, y en consecuencia, ampliando su rol de manera necesaria<sup>26</sup>.

Uno de los problemas a los que se enfrenta la enfermería hoy día es la carga laboral creciente. Existen estudios<sup>27</sup> que demuestran que cuando los sujetos experimentan o perciben factores estresantes, pueden llegar a sentir vulnerado su equilibrio y bienestar psicológicos, y si la zona donde experimenta estas sensaciones es el ámbito laboral, puede sentir insatisfacción laboral, y repercutir como resultado, sobre la calidad de su trabajo. Si el enfermero siente insatisfacción con su trabajo difícilmente podrá ofrecer el mismo de calidad, y eso aplicado al tema que nos ocupa significa una desvinculación del cuidado ejercido desde el humanismo.

Otra de las causas consideradas como amenaza al buen hacer enfermero es lo que se concibe como riesgo biologicista en los cuidados de salud. Algunos autores como Rico Becerra critican duramente el enfoque biologicista de la medicina científico-occidental confiando en que la enfermería debe luchar contra esto y humanizar la atención que presta<sup>28</sup>. Dado que estamos en pleno desarrollo de muchas ciencias y disciplinas, entre ellas la enfermería, debería plantearse un cambio en el eje de cuidados, ahora basado en el modelo biomédico hegemónico actual, aunque la transición se prevea lenta y costosa, el desarrollo de la disciplina de enfermería, es un incentivo y un motor de arranque para conseguir el objetivo propuesto. Además deberíamos tener en cuenta que el desarrollo de la enfermería, y la autonomía de la misma respecto del resto de profesiones sanitarias, provocaría una independencia en el proceso del cuidar, y en consecuencia se favorecería la evolución más que necesaria hacia un cuidado humanizado y de calidad. Más tarde trato de relacionar el problema biotecnológico constituido como riesgo emergente para el cuidado de calidad con los aportes de algunas teóricas de enfermería respecto al tema.

Por otro lado, y como problema que tratar, encontramos el preocupante abandono profesional que se da en nuestra profesión. Más del 25% de los enfermeros abandonan el desempeño de su labor profesional tras haberla empezado a ejercer<sup>29</sup>. Como posibles alternativas a este frente, se están lanzando nuevos proyectos de manera internacional como el RN4CAST que aborda esta problemática, y analiza las políticas de contratación del personal de enfermería, las de la asistencia sanitaria que prestan teniendo en cuenta el entorno que les rodea y las repercusiones de esto mismo en los usuarios de los diferentes sistemas de salud, con el fin de optimizar los recursos humanos de enfermería<sup>30</sup>. También contamos con la existencia de estudios que investigan los denominados “hospitales Magnéticos”, llamados así u “hospital de excelencia” por la capacidad que tienen para retener o atraer al personal de enfermería en y hacia el trabajo en el centro sanitario, por la capacidad de estos hospitales para causar satisfacción en el personal de enfermería, favorecen la puesta en práctica de los conocimientos y experiencia de la enfermería que en ellos trabaja<sup>31</sup>. Estas alternativas supondrían un límite a la insatisfacción laboral como problemática a abordar y gestionarían recursos de una manera económicamente eficaz.

*Teoría y práctica del cuidado de enfermería*

El cuidado de enfermería se ha definido desde muchas vertientes de la teoría enfermera. Así mismo, podemos encontrar diferentes escuelas según Suzanne Kerouac que diferencian en seis grandes corrientes del hacer enfermero<sup>32</sup>: 1) La escuela de las necesidades encabezada por Virginia Henderson, según la cual el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. 2) La escuela de la interacción, cuya máxima exponente es Hildegarde Peplau. El cuidado es una acción humanitaria y no mecánica. Las teorizadoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención. Otra teórica cuya aportación según Kerouac se clasifica en la escuela de Hildegarde Peplau, y que Marriner define como filosofía es Joyce Travelbee, quien afirmó que la labor de la enfermera “es ayudar a una persona, una familia, o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia que supone la enfermedad o el sufrimiento, y si es necesario a encontrar un significado a sus vidas”<sup>33</sup>: 3) Escuela de los efectos deseables, adaptación, según Callista Roy. Se define el objetivo de los cuidados restableciendo un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. 4) La escuela de la promoción de la salud con Moyra Allen a la cabeza. Esta escuela amplía el objetivo de cuidados a la familia que debe aprender de sus propias experiencias de salud. 5) La escuela del ser humano unitario, su representante más relevante es Martha Rogers, quien se inspira para prestar cuidados de enfermería en trabajos filosóficos, en teorías de la física y la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy. 6) Por último la escuela del Caring. Watson y Leininger proponen una correspondencia de cuidados que reúna el plano humanista y el científico. Según Benner y Wrubel, el cuidado que debe ofrecer la enfermería es establecer una relación de ayuda, comprometerse emocionalmente con el otro, ya que es la única manera de que la relación sea significativa, de que vea a ese ser humano que necesita de la ayuda profesional en su totalidad y que él vea a una enfermera cálida, empática, que no lo juzga sino que le brinda la ayuda profesional que necesita<sup>34</sup>.

Desde las aportaciones de Nightingale, Leininger ha sido la autora extraoficialmente encargada de definir y diferenciar algo a lo que llama niveles del cuidado<sup>35</sup>, encontramos en primer lugar el cuidado genérico, definido como aquellos actos de asistencia soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientadas hacia la mejoría y el desarrollo de la condición humana. También se definen los cuidados profesionales como las acciones, conductas o procesos y patrones aprendidos, cognitiva y culturalmente, que permiten desarrollar condiciones saludables de vida. Y por último, definió los cuidados profesionales enfermeros

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

otorgándoles dos cualidades, decía de ellos que eran los modos humanísticos y enfermeros aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.

Muchas otras definiciones de cuidado se han realizado desde la perspectiva humanística, y sobre las bases puestas por Watson y Leininger, como las que asumen como principal de la definición de cuidado de las teóricas anteriores el aspecto transpersonal afirmando que el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado<sup>36</sup>. En la actualidad la enfermería y el mundo sanitario en conjunto se ven a sí mismos bajo una perspectiva cambiante. Existen autores que defienden el acto de cuidar, de igual modo que Watson como una convergencia de acciones técnicas y humanistas, considerando que la enfermería debe preparar a sus profesionales con una visión de disciplina científica, cultivando la constante preocupación por el bien fundamental de la humanidad y que posean, a su vez, un sistema de valores y creencias que revele su entereza ética<sup>37</sup>.

En cuanto al ámbito hispano, existen autores y autoras que han desarrollado su propia definición de cuidado, y redactado las características esenciales para desarrollar el mismo, así encontramos a Francesc Torralba, quién define el arte de cuidar en relación con el componente técnico del siguiente modo: “La competencia técnica, concebida como el conjunto de habilidades para desarrollar técnicas y procedimientos, es necesaria pero no suficiente para ser un buen profesional”<sup>38</sup>. Otra de las grandes autoras que definen el cuidado aunque de una manera más global es Vera Regina Waldow, quien afirma que “el cuidado es la esencia humana del ser. Compone la naturaleza, el venir-a-ser humano, por lo tanto se asume una dimensión existencial. Es de tipo universal, a pesar de que asuma connotaciones propias, dependiendo del contexto cultural.”<sup>39</sup> Quizá debamos asumir que es dentro de estas connotaciones culturales humanas donde se encuentra la parte técnica del cuidado, diferente en cada contexto sociocultural. Leonardo Boff, también nos habla de una manera de ser y actuar fijada en aumentar la competencia humana, en conseguir la máxima eficacia; algo que según Boff es una manera de ser que mata la ternura, “liquida el cuidado además de herir la esencia humana”<sup>40</sup>.

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Según E. Pellegrino, citado por Torralba, hay cuatro dimensiones atribuibles al acto de cuidar dentro de la atención sanitaria<sup>41</sup>: 1. Cuidar como compasión, es decir, ponerse en el lugar del que sufre, entendido desde la empatía. De este tipo de empatía ya nos habló Joyce Travelbee, siendo una de sus cinco fases del proceso de interrelación persona a persona, atribuible al caso enfermera-paciente. 2. Cuidar como acción de ayuda a un ser humano que no puede realizar determinadas actividades por sí mismo. 3. Cuidar entendido como una invitación al paciente para que transfiera la responsabilidad y la ansiedad que siente en ese momento al personal sanitario, es decir; practicando un acto de confianza. 4. Y la cuarta y última dimensión del cuidar es la que comprende poner todos recursos humanos y técnicos de los que dispone el sanitario, para procurar el bienestar del paciente, en pro de su salud.

Otros autores como Palacios Ceña, consideran que el avance vertiginoso que está teniendo la biotecnología hoy día puede conllevar un riesgo en la deshumanización de los cuidados<sup>42, 43</sup>. Por tanto, ahora mismo la enfermería tiene dos campos ante los que reflexionar, el primero de ellos, es el riesgo de deshumanización de cuidados que conlleva el rápido avance de las medidas técnicas para practicar la profesión, el segundo campo es una oportunidad para conciliar estas dos vertientes, técnica y humana; en la práctica profesional diaria.

En los últimos años ha habido autores y autoras que definen el cuidado de la enfermería desde una perspectiva humanista y cambiante, en las que se mencionan dimensiones como confianza, tranquilidad, seguridad o bienestar; se describe como una relación de mutuo beneficio entre el cuidador y el ser cuidado, a mantener la autonomía y la dignidad del paciente. En este sentido, el profesional de enfermería es responsable por la obtención de un ambiente de cuidado, que involucra acciones que movilizan tanto recursos humanos en su máxima posibilidad de relacionarse, como recursos materiales<sup>39</sup>. Sin embargo, el uso o provecho, de estos recursos materiales ha sido objeto de debate en ocasiones de la literatura científica, donde encontramos artículos que ejercen duras críticas al sistema biotecnológico hegemónico en la actualidad, a los centros sanitarios e instituciones hospitalarias, de los cuales dicen; reducen el plano humano del que estamos hablando, la práctica sanitaria al ámbito biológico, lo que produce un duro alejamiento de la práctica enfermera de su visión humanista y holística<sup>44</sup>. Estos sistemas arrastran al cuidado de enfermería a transformarse a la velocidad de los sistemas de comunicación computerizados y los efectos del desarrollo tecnológico<sup>45, 46</sup>.

Algunas autoras investigadoras en este campo se cuestionan si podría estar dándose un fenómeno en la sociedad al igual que observamos en la enfermería y es el siguiente: al no reconocerse el trabajo del cuidado humano o invisible, las y los enfermeros tienden a la

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

realización de las acciones técnicas y las jóvenes tienden a elegir los trabajos donde obtienen mayor reconocimiento<sup>47</sup>.

Por tanto, podríamos decir que revisando la literatura existente, se encuentra en cierto modo una preocupación latente por el riesgo de pérdida de los cuidados humanizados, focalizando la preocupación en el desarrollo vertiginoso de tecnologías que pueden separar a la enfermería del trato que de manera tan positiva valora el paciente y del mismo profesional de enfermería. Los pacientes distinguen en los profesionales de enfermería como principales características la amabilidad, servicio, calidez, respeto, afecto y paciencia. Lo anterior el servicio y vocación pero no contempla la formación y el conocimiento biomédico<sup>48</sup>.

En cuanto a los aportes antropológicos existentes acerca del tema, ya Harris analizando a Konner en su famoso “introducción a la antropología general” afirma del mismo Konner, que no niega que los médicos suelen ignorar los factores culturales de las enfermedades, practican una “medicina defensiva” que pretende no tanto curar a los enfermos cuanto protegerles de las demandas legales y confían excesivamente en la tecnología<sup>49</sup>.

El propósito de este y otros trabajos, es encontrar o medir la importancia que los profesionales de enfermería otorgan a determinadas acciones, comparando las de carácter técnico con las de carácter humanístico.

Por tanto, el cuidado que practican las enfermeras se divide en dos variantes según la susceptibilidad de registro que tenga, esto es; existe la asistencia de enfermería registrable, como la toma de constantes o la administración de la medicación; y por otra parte tenemos las acciones que forman parte de lo que llamamos cuidado invisible, las cuales producen un beneficio, confort y bienestar al paciente y sin embargo por carecer de posibilidad de medición, no se les otorga la relevancia real que tienen. Se han realizado trabajos de investigación y revisiones bibliográficas en las que se trata de explicar la importancia de este tipo de atención que presta el cuerpo de enfermería, como por ejemplo la revisión realizada por Concha German, Fabiola Hueso e Isabel Huércanos, en la que se mencionan nuevamente a los sistemas de registros como una medida no realista del cuidado real que ofrece la enfermería, alegan que los sistemas de registros no son capaces de abarcar la especificidad de los cuidados, sino que se centran en mensurar la atención que más directamente vinculada se halla con el plano biologicista<sup>50</sup>.

Cuidar por tanto, no es la ejecución de tareas o procedimientos prescritos por un médico, sino que se define como una relación y un proceso. El objetivo de cuidar va más allá de la enfermedad, cuidar es todo lo que ayuda a vivir y permite existir<sup>51</sup>.

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Hoy día existen propuestas de categorización de este tipo de cuidados invisibles, con el fin de darles el valor y rigor científico que se merecen <sup>52</sup>, de esta manera la enfermería podría tener un campo de conocimientos propio, tomando parte de otras ciencias biológicas y sociales, algo que nos permitiría crear nuestra propia disciplina. Y tener nuestra propia disciplina significaría autonomía e independencia en nuestras labores de enfermería, de ahí la importancia del reconocimiento de determinadas actividades como los cuidados invisibles, siendo esta una actividad de práctica diaria para cualquier profesional de enfermería. Quizá lo más paradójico sea que los pacientes sean los primeros en otorgar relevancia a la labor humanista de la enfermería, mientras la enfermería misma, sigue aceptando como patrón lo que de su trabajo se ha de registrar e invisibilizando en ocasiones, lo que estos usuarios de nuestra atención más reconocen.

Quizá la taxonomía recogida en el NANDA<sup>5</sup>, NOC<sup>6</sup> O NIC<sup>4</sup>, sean susceptibles de una actualización continua en lo que a nuevos conocimientos acerca de cuidados, más concretamente invisibles se refiere. Toda taxonomía, como el NANDA se somete periódicamente, debería revisarse y corregirse si se es susceptible de lo mismo, ampliando conceptos si es necesario, eliminándolos, o revisando y completándolos. El avance de estos últimos años en investigaciones en cuidados invisibles, insta a la revisión de la literatura que existe en enfermería para añadir o adecuar las mismas a este tipo de investigación en cuidados, los cuidados humanizados o invisibles.

El cuestionario Care Q, analiza las percepciones que se derivan de los dos tipos de práctica de enfermería (asistencia humanizada y técnica) repartida en 50 ítems y desglosada en seis dimensiones. Los resultados representan las percepciones de relevancia profesional permitiendo otorgar mayor importancia a una de estas dos ramas, la científico-técnica o la humanista.

### *Hipótesis*

- La medición de la percepción de los cuidados que proporciona el personal de enfermería del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza se sitúa en alto grado dentro de la corriente humanística en cuidados de enfermería.
- La percepción de cuidados que tiene el personal de enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, demuestra equilibrio entre el aspecto técnico y el humanístico tal y como describe Jean Watson en sus postulados.

*Objetivo General*

- Conocer la percepción del personal de enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza sobre la necesidad cuidados humanísticos.

*Objetivos específicos*

- Averiguar la percepción que tiene el personal de enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza acerca de la relevancia del cuidado de enfermería relacionado con aspectos técnicos y con aspectos humanísticos.
- Comparar la percepción del personal de enfermería de relevancia en cuidados técnicos y humanísticos, entre las diferentes unidades; y entre larga estancia, corta estancia y ambulatoria del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

## METODOLOGÍA Y DISEÑO

---

### *Diseño del estudio*

Se trata de un estudio transversal observacional descriptivo, en el que se emplea como instrumento principal un cuestionario que recoge la percepción del cuidado de enfermería de las distintas unidades del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

### *Población a estudio*

Se tomó como sujetos a estudio los profesionales de enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza según los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ejercer la profesión de enfermería en el hospital.
- Trabajar en el hospital durante el tiempo de recogida de información.
- Trabajar en las siguientes unidades: medicina interna, geriatría A, geriatría B, cirugía, UCI o consultas externas.

Criterios de exclusión:

- Ejercer de cualquier otra rama sanitaria o no sanitaria aún en el centro sanitario de referencia, que no sea la enfermería.
- Trabajar en cualquier unidad que no sea las citadas anteriormente.

Para el cálculo del tamaño muestral se decidió realizar un muestreo aleatorio simple estratificado sin reemplazamiento, considerando la población a estudio,  $N=84$ . Se usó un intervalo de confianza del 95%, amplitud del 0.1% sobre el total de la escala y una varianza de 0.85. Los resultados para el número muestral  $n= 67$ .

Se realizó la estratificación por unidades con los resultados siguientes:

- 12 sujetos en medicina interna.
- 15 sujetos en UCI.
- 9 sujetos en consultas externas.
- 22 sujetos en geriatría.
- 12 sujetos en cirugía.

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El tamaño muestral final corresponde a 70.

Se asignó un número a cada sujeto dentro del estrato unidad para la selección aleatoria de encuestados, generándose una tabla de números aleatorios mediante el programa Epidat 4.0.

Dado que la población a estudio es el personal de enfermería del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia, el total de los mismos es de 84 personas, las unidades a estudio son cinco y se prestó accesibilidad para la recogida de información; finalmente se decidió encuestar a toda la población con el objetivo de minimizar las posibles pérdidas.

### *Variables del estudio*

Las variables utilizadas en el estudio son las siguientes:

- Variable independiente unidad, de tipo cualitativo cuya codificación se realizó desde la cifra 1 en orden ascendente, es la siguiente:
  - Sujetos pertenecientes a la unidad de medicina interna (1),
  - sujetos pertenecientes a la unidad UCI (2),
  - sujetos pertenecientes a la unidad consultas externas (3),
  - sujetos pertenecientes a la unidad geriatría (4),
  - sujetos pertenecientes a la unidad cirugía (5).

Las unidades fueron recodificadas en la variable independiente dicotómica estancia, agrupándolas según los dos siguientes criterios:

1. Corta estancia y ambulatoria: Cirugía, UCI y consultas externas.
2. Larga estancia: Medicina Interna y Geriatría.

- Variable dependiente percepción del cuidado según el cuestionario Care Q, las variables de tipo ordinal para la respuesta sobre las 50 preguntas cerradas del cuestionario fueron clasificadas del 1 al 7, según orden de importancia, siendo:

- “Nada importante”
- “Muy poco importante”
- “Poco importante”
- “Ni importante, ni sin importancia”
- “Algo importante”
- “Muy importante”
- “Importantísimo”

***Consideraciones éticas:***

Se obtuvo el permiso para la obtención de la información pertinente de manera escrita, solicitando la autorización a la Dirección del Hospital Nuestra Señora de Gracia, que dio su consentimiento mediante el documento firmado oportuno.

Se solicitó la colaboración de manera verbal a las supervisiones de las unidades correspondientes a estudio del hospital, que prestaron su ayuda con la comunicación al personal a su cargo del método a seguir.

Se considera la autorización y consentimiento de cada uno de los participantes del estudio, ya que se trata de un cuestionario autoadministrado.

***Herramientas:***

La recopilación de datos se llevó a cabo a través del cuestionario Care Q de Patricia Larson, constituido por 50 comportamientos diferentes que describen el acto de cuidar, y diseñado para identificar la importancia que el sujeto que lo realiza le otorga a cada uno de ellos. Fue validado por la propia Patricia Larson en un trabajo que le sirvió como tesis doctoral<sup>53</sup>. Este cuestionario ha sido utilizado en varias ocasiones y en muy diversos países, como México donde se determinó la confiabilidad del instrumento y se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,90<sup>54</sup>, resultando un nivel de confiabilidad satisfactorio. Esta herramienta ha sido utilizada para la obtención de la percepción de los ítems más relevantes para los y las enfermeras<sup>55</sup> e incluso para los mismos usuarios y usuarias de distintos sistemas de salud como Colombia<sup>56, 57,58</sup> o China<sup>59</sup>.

Este cuestionario como he dicho anteriormente se compone de 50 preguntas que definen 50 comportamientos del acto de cuidar. Es un cuestionario tipo Likert, y está dividido en 6 dimensiones: “es accesible”(consta de las primeras 6 preguntas), “explica y facilita”(desde la pregunta 7 hasta la pregunta 12) , “conforta”(de la 13 a la 21), “se anticipa”(desde la pregunta 22 hasta la 26), “mantiene relación de confianza(abarca desde la 27 a la 42)” y “monitorea y hace seguimiento (consta de las 8 últimas preguntas del cuestionario, desde la 43 hasta la 50)”. Cada una de estas dimensiones se describe de la siguiente manera:

- “Es accesible”: se refiere a los comportamientos relacionados con la cercanía al paciente. Algunos autores<sup>58</sup> relacionan esta dimensión del cuidado con la Teoría de los cuidados humanos de Jean Watson en cuanto a su postulado donde se define la enfermería como ciencia humana en la que se unen experiencias que deberían ser abordadas desde dos vertientes que la enfermera ha de saber desarrollar, la instrumental y la expresiva.

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

- “Explicar y facilitar” comprende lo relacionado con la educación para la salud, y el autocuidado del propio usuario de atención sanitaria.
- “Conforta” se refiere a comportamientos que procuran que el paciente se sienta bien, a través de infundir ánimos a paciente y familiares, entre otras.
- “Anticiparse” define los actos que realiza la enfermera para ser capaz de adelantarse a los potenciales problemas y necesidades de los pacientes.
- “Mantiene relación de confianza” caracteriza la interrelación de los usuarios con el personal de enfermería, lo cual favorece la relación terapéutica entre ellos y demuestra la implicación de la enfermera en los cuidados.
- “Monitorea y hace seguimiento” hace referencia al plano más técnico y científico de la atención de enfermería<sup>58</sup>.

### *Análisis estadístico:*

El análisis de los datos recopilados se realizó con el paquete informático SPSS versión 15.0.

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables cualitativas del estudio, en frecuencias y porcentajes. Se calcularon las medias por sujeto, en cada una de las seis subescalas. Posteriormente se calculó las medias de estas subescalas según las variables independientes.

Previamente a la estadística inferencial, se determinó la normalidad de la variable dependiente con respecto a las independientes mediante la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov.

Tras esto, se compararon las medias de las subescalas entre sí, mediante la prueba T para muestras relacionadas, debido a que los resultados del Komogorov-Smirnov para las características de la muestra lo requerían de esta manera.

Para la comparación de resultados por unidades, se aplicó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, ya que al tratarse de un análisis por submuestras, de mucho menor tamaño que la muestra total, se optó por test no paramétricos para obtener un análisis estadístico más robusto. Posteriormente, se usó la U de Mann-Withney para comparar las diferencias por par de unidades en las variables que resultaron significativas con la prueba de Kruskal-Wallis.

El análisis de las diferencias según el tipo de estancia, se realizó la prueba paramétrica T de Student para muestras independientes.

Para el análisis de la consistencia interna del cuestionario en la población a estudio, se utilizó el alpha de Cronbach.

## RESULTADOS

---

De los 84 cuestionarios repartidos por unidades, se recogieron 40 cuestionarios correctamente cumplimentados, suponiendo una tasa de respuesta del 47.62%. La muestra final por tanto, estuvo compuesta por 40 individuos, de los cuales, el 30% pertenecía a Medicina Interna, el 15% a UCI, un 27,5% pertenecía a la unidad de consultas externas, un 10% provenía de las unidades de geriatría y finalmente un 17,5% era perteneciente a la unidad de Cirugía hospitalaria.

Las frecuencias en porcentaje que se dieron por estancia temporal fueron del 40% para la larga estancia y del 60% restante para la corta estancia.

Se realizó la comprobación de la normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con el fin de determinar en qué medida la distribución muestral se ajustaría a una distribución poblacional teórica, con resultados de normalidad para todas ellas, presentándose a continuación:

- Para la subescala monitorea y hace seguimiento: Z 0.620 y p: 0.837
- Para la subescala confort: Z:0.825 y p: 0.504
- Para la subescala se anticipa: Z: 0.960 y p: 0.315.
- Para la subescala mantiene relación de confianza: Z: 0.469 y p: 0.980.
- Para la subescala Explica y facilita: Z: 0.823 y p: 0.523.
- Para la subescala accesible: Z: 0.934 y p: 0.347.
- Para el total de la escala: Z: 0.405 y p: 0.997.

### *Alpha de Cronbach:*

Para analizar la fiabilidad del cuestionario en la población a estudio se realizó la prueba estadística Alpha de Cronbach. La aplicación al proyecto presente conlleva los siguientes resultados, el valor total del alpha de Cronbach para la escala global fue de 0.896 con n elementos: 50 (tabla 1).

No obstante, a fin de analizar la relevancia de cada uno de los ítems en el resultado global del alpha de Cronbach se realizó de nuevo la misma prueba, pero esta vez con la opción “Alpha de Cronbach si se elimina el elemento”, nos indicaría el valor que tiene la escala si se elimina el elemento, en este caso cada uno de los cincuenta ítems de los que consta la escala.

La pregunta número 9: “Dice al paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de su enfermedad y tratamiento”, obtiene un valor de 0.902, lo que significa que

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

si se eliminara esta pregunta de la escala, el alpha global aumentaría de 0.896 a 0.902, y su consistencia interna por ello. Por otra parte, si se eliminase la pregunta 25: “es receptiva ante las necesidades del paciente, planea y actúa en consecuencia, por ejemplo, administra un medicamento para evitar las náuseas cuando el paciente está recibiendo un medicamento que probablemente le causará náuseas” obtiene una puntuación de 0.890, por tanto si se eliminase este ítem la consistencia interna del cuestionario disminuiría hasta 0.890.

Analizando la consistencia dividida por subescalas, las puntuaciones obtenidas son las siguientes:

- “Es accesible”:  $\alpha=0.647$  (tabla 2)
- “Explica y facilita”:  $\alpha= 0.601$  (tabla 3)
- “Conforta”:  $\alpha=0.785$  (tabla 4).
- “Se anticipa”:  $\alpha=0.676$  (tabla 5).
- “Mantiene relación de confianza”:  $\alpha=0.805$  (tabla 6).
- Monitorea y hace seguimiento:  $\alpha=0.778$  (tabla 7).

Las preguntas que obtuvieron más alta la media fueron la pregunta 46 referente a técnica: “Sabe cuando aplicar inyecciones, etc. Y manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos que haya en el servicio” con una puntuación de 6.8 sobre 7; y la pregunta número 3: “Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente”: 6.68, también referente al aspecto técnico del cuidado.

Las preguntas que obtuvieron la media más baja fueron la pregunta número 29: “Ofrece al paciente alternativas razonables, tales como la elección del tiempo para las citas, tiempo para el baño, entre otras” con una puntuación de 5.15. La siguiente pregunta con puntuación baja fue la correspondiente al número 24: “sabe cuando el paciente “ha tenido suficiente” y actúa en concordancia, por ejemplo, reprograma un examen, selecciona la visita de acuerdo con el gusto del paciente y garantiza privacidad”, con una puntuación de 5.18.

El resultado final de la diferencia de la media más alta con respecto a la media más baja es de 1.62, lo que equivale a una diferencia del 23.14%.

*Análisis comparativo de medias por unidad y subescala:*

Los resultados de las medias de las diferentes unidades por subescalas y para el total de la escala (tabla 8) son los siguientes (se detallarán entre paréntesis los valores obtenidos para la desviación típica):

- Medicina Interna: “Es accesible”: 6.27 (0.42), “explica y facilita”: 5.84 (0.53), “conforta”: 6.16 (0.40), “se anticipa”: 5.70 (0.64), “mantiene relación de confianza”: 5.92 (0.39), “monitorea y hace seguimiento”: 6.12 (0.51). Media global: 6.01 (0.33).
- UCI: “Es accesible”:6.30 (0.64), “explica y facilita”:5.72 (0.44), “conforta”: 5.98 (0.42), “se anticipa”: 5.66 (0.62), “mantiene relación de confianza”: 5.83 (0.14), “monitorea y hace seguimiento”: 6.29 (0.51). Media global: 5.96 (0.23).
- Consultas Externas: “Es accesible”: 6.18 (0.32), “explica y facilita”: 5.90 (0.36), “conforta”: 5.92 (0.29), “se anticipa”: 5.60 (0.43), “mantiene relación de confianza”: 5.65 (0.27), “monitorea y hace seguimiento”: 6.13 (0.28). Media global: 5.87 (0.23).
- Geriatría: “Es accesible”: 6.16 (0.33), “explica y facilita”: 5.75 (0.34), “conforta”: 5.75 (0.38), “se anticipa”: 5.50 (0.34), “mantiene relación de confianza”: 5.62 (0.46), “monitorea y hace seguimiento”: 6.06 (0.65). Media global: 5.78 (0.28).
- Cirugía: “Es accesible”: 6.23 (0.47), “explica y facilita”: 5.80 (0.66), “conforta”: 6.41 (0.47), “se anticipa”: 5.80 (0.51), “mantiene relación de confianza”: 5.65 (0.57), “monitorea y hace seguimiento”: 6.37 (0.57). Media global: 6.05 (0.39).
- Para el total de la muestra las medias por subescala se describen a continuación. “Es accesible”6.23 (0.36), “explica y facilita”: 5.82 (0.47), “conforta”: 6.07 (0.42), “se anticipa”: 5.66 (0.52), “mantiene relación de confianza”: 5.78 (0.38), “monitorea y hace seguimiento”: 6.19 (0.47). Media global: 5.95 (0.30).

***Kruskal-Wallis para el análisis de las subescalas por unidad:***

Se analizó con el test no paramétrico Kruskal-Wallis, obteniéndose los siguientes valores (tabla 9):

- Es accesible:  $\chi^2=0.651$ ,  $p=0.959$ .
- Explica y facilita:  $\chi^2=0.757$ ,  $p=0.944$
- Conforta:  $\chi^2=10.305$ ,  $p=0.036$ .
- Se anticipa:  $\chi^2=1.655$ ,  $p=0.799$ .
- Mantiene relación de confianza:  $\chi^2=3.237$ ,  $p=0.519$ .
- Monitorea y hace seguimiento:  $\chi^2=1.762$ ,  $p=0.779$ .

Tras el hallazgo de diferencias significativas en la subescala “conforta” se procedió al desarrollo del estadístico U de Mann Whitney para hallar las unidades que presentaban las diferencias significativas en cuanto a la subescala antes mencionada (tabla 10).

Se analizaron las unidades por pares, obteniendo como resultado diferencias significativas en el rango promedio de la unidad cirugía respecto a tres unidades diferentes, que a continuación se detallan:

- Se encontró diferencia con una significación asintótica bilateral  $p=0.041$  entre UCI y cirugía.
- También se halló un grado de significación de  $p=0.023$ , en cuanto a consultas externas y cirugía.
- Por último, se encontró una significación de  $p=0.035$  entre las unidades de geriatría y cirugía.

En todos los casos, cirugía presentó un mayor rango promedio.

El análisis de las diferencias presentadas entre las distintas unidades para el total de la escala presentó una significación de  $p=0.441$ , y un  $\chi^2=3.747$ , sin diferencias significativas por tanto.

***Diferencias de corta estancia vs larga estancia:***

En cuanto al primer test paramétrico que se llevo a cabo se desarrolló la Prueba T para comprobar la diferencia de medias entre los bloques hospitalarios independientes de corta y larga estancia, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ninguna de las seis subescalas (tabla 11):

- Subescala “es accesible”:  $p=0.864$ ,  $t= 0.172$
- Subescala “explica y facilita”:  $p=0.946$ ,  $t= -0.068$
- Subescala confort:  $p=0.881$ ,  $t= -0.150$
- Subescala “se anticipa”:  $p=0.885$ ,  $t=-0.146$
- Subescala “mantiene relación de confianza”:  $p=0.397$ ,  $t= 0.857$
- Subescala “monitorea y hace seguimiento”:  $p=0.381$ ,  $t= -0.887$ .

La diferencia para el total del cuestionario es de:  $p=0.940$ ,  $t=0.076$ .

***Análisis entre las subescalas:***

Se realizó a continuación la prueba T para el total de la muestra con el objetivo de hallar las diferencias significativas que se encuentran entre los diferentes subescalas, obteniendo los resultados que a continuación se describen. Los valores que figuran entre paréntesis son las desviaciones típicas correspondientes asociadas a las medias (tabla 12).

En cuanto a la subescala “Es accesible” con media de 6.23 (0.36), se encuentran diferencias significativas para la muestra en conjunto con las siguientes subescalas y en la siguiente medida:

- Existen diferencias con la subescala “explica y facilita” con una media de 5.82 (0.47), con una significación de  $p= 0$ , siendo más alta la media referida a “es accesible”.
- Existen diferencias con la subescala “mantiene relación de confianza” con media: 5.78 (0.38), con una significación  $p=0$ , siendo más alta la media referida a “es accesible”.
- Existen diferencias con la subescala “se anticipa” con una media: 5.66 (0.52), y con una significación de  $p=0$ , siendo más alta la media referida a “es accesible”.
- Existen diferencias con la subescala “conforta” con una media: 6.07 (0.42), y con una significación de  $p= 0.03$ , siendo más alta la media referida a “es accesible”.

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

- No se encontraron diferencias significativas con la subescala “monitorea y hace seguimiento” media de 6.19 (0.47), y  $p=0.604$ . Aún de ese modo la media resultó más alta en la subescala “es accesible” siendo de 6.23 (0.36).

En cuanto a la subescala “explica y facilita” con una media de 5.82 (0.47), se encontraron diferencias significativas para la muestra en conjunto con las siguientes subescalas y en la siguiente medida:

- Con accesibilidad en la medida que se ha mencionado en el apartado anterior.
- No se observan diferencias significativas con las subescalas “mantiene relación de confianza”  $p=0.650$ , ni con “Se anticipa”  $p=0.113$ .
- Se encuentran diferencias significativas con la subescala “conforta” con una significación  $p=0.007$ ; siendo la media más alta en “conforta”, resultado de la media: 6.07 (0.42).
- Se encuentran diferencias significativas con la subescala “monitorea y hace seguimiento” con una significación de  $p=0.002$ ; siendo la media más alta en “monitorea y hace seguimiento”: 6.19 (0.47).

En cuanto a la subescala “conforta” se encontraron diferencias significativas con respecto a las siguientes subescalas y con los siguientes grados de significación.

- Respecto a las subescalas “es accesible” y “Explica y facilita”, las diferencias se explican en los párrafos anteriores. En cuanto a la subescala “monitorea y hace seguimiento, no se encuentran diferencias significativas”, obteniendo una significación de  $p=0.129$ .
- Respecto a la subescala “mantiene relación de confianza” existe significación  $p=0$ . Siendo más alta la media en “conforta”: 6.07 (0.42).
- En cuanto a la subescala “se anticipa” existen diferencias significativas  $p=0$ . Siendo más alta la media en “conforta”: 6.07 (0.42).

Refiriéndonos a la subescala “se anticipa” se encuentran diferencias en cuanto a las subescalas “es accesible”, “explica y facilita” y “conforta” con los grados de significación anteriormente descritos. Con respecto a la escala “mantiene relación de confianza” no se aprecia diferencia significativa,  $p=0.094$ . Y en cuanto a “monitorea y hace seguimiento” se encuentra una diferencia estadísticamente significativa  $p=0$ , siendo más alta la media en “monitorea y hace seguimiento”: 6.19 (0.47).

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Analizando la subescala “Mantiene relación de confianza” con la subescala restante por analizar “monitorea y hace seguimiento” se encuentra diferencia  $p=0$ , siendo más alta la media en “monitorea y hace seguimiento”.

La subescala “monitorea y hace seguimiento” sólo encuentra diferencias significativas con respecto a “mantiene relación de confianza” y “explica y facilita” en la medida antes descrita.

### *Orden de percepciones por ítems:*

Para terminar se analizaron los resultados obtenidos, realizando un orden en las medias de los ítems para la muestra en su conjunto (los valores asociados a las medias de las desviaciones típicas están señalados entre paréntesis), obteniendo los siguientes resultados (tabla 13):

- El ítem cuya media fue más alta fue el número 46 “sabe cuando aplicar inyecciones, etc. Y manipular equipos de uso parenteral, las máquinas de succión y otros equipos que haya en el servicio” con 6.80 (0.40).
- El siguiente ítem cuya media es más alta fue “administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente”: 6.68 (0.47).
- El ítem número 19 “escucha al paciente” obtiene una media de 6.60 (0.54).
- El ítem número 50 “sabe cuando llamar al médico” obtiene una media de 6.48 (0.67).
- El ítem número 20 “habla con el paciente obtiene una media de 6.45 (0.59).
- El ítem número 41 “logra tratar al paciente como una persona obtiene una media de 6.40 (0.67).
- El ítem número 48 “proporciona buen cuidado físico al paciente” obtiene una media de 6.38 (0.62).
- Con la misma media: 6.38 (0.49), se encuentra el ítem número 6 “anima al paciente a que le llame si tiene problemas”.
- “Enseña al paciente a cuidar de sí mismo siempre que sea posible”, es el ítem número 10 y tiene una media de 6.33 (0.57).
- “Procura medidas básicas de confort, tales como iluminación adecuada, control de ruido y sábanas adecuadas entre otros” es el ítem número 13 y obtiene una media de 6.33 (0.61).

***Orden de percepciones por subescalas:***

El orden de las subescalas en cuanto a puntuación por media es la siguiente, (los valores de las desviaciones típicas correspondientes a las medias aparecen entre paréntesis):

- En primer lugar la subescala que más alta ha obtenido la media es *es accesible* con una media de 6.23 (0.63), seguida de *“monitorea y hace seguimiento”* cuya media es de 6.19 (0.47). En tercer lugar, la subescala *conforta* con una media de 6.07 (0.42), seguida en cuarto lugar de la subescala *“explica y facilita”* que obtiene una media de 5.82 (0.47). En quinto lugar la subescala *“Mantiene relación de confianza”* obtiene una media de 5.78 (0.38). Por último, *“se anticipa”* obtiene la media inferior al resto siendo esta de 5.66 (0.52) (tabla 14).

## DISCUSIÓN

---

La tasa de respuesta del cuestionario en el hospital es de 47.62%. Comparando esta tasa de respuesta con la de otras investigaciones que utilizan el Care Q como instrumento, encontramos diferencias como por ejemplo, con un estudio realizado en Irán<sup>60</sup> en el que la tasa de respuesta del personal de enfermería se corresponde con el 100% del total de los invitados a participar, aunque se desconoce si se incentivó su participación. También tenemos el ejemplo referente a una unidad de enfermería hospitalaria sueca<sup>61</sup>, el porcentaje de sujetos de la muestra que participó en el estudio no fue del 100% sino que respondieron el 77% del total de los encuestados, encontrándose en esta cifra más profesionales sanitarios como auxiliares y profesionales que trabajaban en la unidad en el momento del estudio como la secretaria responsable. En nuestro estudio se respondió como he mencionado, con un porcentaje del 77%, muestra constituida por 102 personas de los que 49 eran enfermeras, del total de respuestas obtenidas un 53% procedían del personal de enfermería.

En cuanto a la consistencia interna del cuestionario, el resultado global constituyó un  $\alpha$  de Cronbach en la población a estudio del 0.896, considerándose este de consistencia alta, ya que supera el 0.8. Estos resultados superan a los de otros estudios psicométricos de consistencia interna del estudio respecto a otras poblaciones, como en el estudio que realizó la Dra. Judith Sepúlveda en Colombia<sup>62</sup> cuyo resultado tuvo un  $\alpha$  de 0.868. En cuanto al análisis por subescalas, los resultados del análisis aplicados a la población a estudio superan a los del estudio de la Dra. Sepúlveda excepto en dos de estas subescalas: “conforta” cuyos resultados fueron de  $\alpha=0.79$  (en nuestro trabajo fueron de  $\alpha= 0.785$ ; y “monitorea y hace seguimiento” subescala en la que sus resultados fueron de  $\alpha=0.907$  mientras que en nuestro trabajo fueron de  $\alpha=0.778$

La subescala “es accesible” en el estudio de validación colombiano obtuvo una puntuación de  $\alpha=0.627$ , “explica y facilita”  $\alpha= 0.57$ , “se anticipa”  $\alpha= 0.566$  y por último “mantiene relación de confianza”: 0.591; todas estas subescalas fueron superadas por el presente estudio.

Por otra en el estudio al que me refiero<sup>62</sup> se realizó el análisis psicométrico oportuno eliminando los elementos o ítems número 2, 8, 28 y 39 obteniendo así un alpha de 0.881, aun así inferior al que obtiene el presente estudio, que de todos modos, si se eliminase el elemento número 9, obtendría una consistencia interna de  $\alpha= 0.902$ .

También se han encontrado ejemplos de consistencia interna más alta en poblaciones diferentes<sup>60</sup>, resultando un  $\alpha = 0.94$  para el personal de enfermería en el total de la escala, y con un margen de  $\alpha = 0.41$  a  $\alpha = 0.86$  según las subescalas, siendo en el estudio que presentamos desde  $\alpha = 0.601$  a  $\alpha = 0.805$ .

El orden de las medias que presenta la muestra total en las diferentes subescalas en este trabajo es el siguiente presentado de manera descendente: “es accesible” (6.23), “monitorea y hace seguimiento” (6.19), “conforta” (6.07), “explica y facilita” (5.82), “confianza” (5.78) y por último “se anticipa” (5.66).

Con respecto al orden de las subescalas, en general la puntuación de la media en todas ellas es considerablemente más alta que en el resto de los estudios consultados, variando desde 6.23 hasta 5.66, desde la más alta hasta la más baja.

La media más alta para el total de la muestra se obtiene con la subescala es accesible, dato con el que coincide otro estudio<sup>57</sup>, pero este último con una media de 4.24, con una diferencia de 1.42. En ninguno de los estudios revisados se obtiene como última subescala en cuanto a media “se anticipa”, en este estudio con una puntuación media de 5.66; muy por encima de las puntuaciones medias de otros trabajos consultados, cuyos resultados son de 3.82<sup>62</sup>, 3.99<sup>57</sup> o 3.83<sup>60</sup>.

Este trabajo coincide en el orden resultante de algunas subescalas como “conforta” con una media de 6.0750, y en tercer lugar con el tercer lugar también de la misma subescala en otro trabajo<sup>57</sup>, pero con puntuación muy inferior: 4.22. Con este mismo trabajo también coincide en el cuarto lugar en orden descendente en la subescala “confianza”, en la que este trabajo obtuvo 5.7875, y nuevamente en el estudio a comparar se obtuvo una puntuación considerablemente inferior: 3.82. El estudio al que me refiero en este párrafo fue desarrollado en una unidad de cuidados intensivos; comparando sus resultados por subescalas con la unidad de cuidados Intensivos del Hospital Nuestra Señora de Gracia, observamos que la media es mucho más alta en nuestro hospital para cualquiera de las subescalas, superando en algunas de ellas la media en más de dos puntos como es el caso de “es accesible” con una media de 4.24 en la UCI a comparar, y de 6.30 en la del Hospital Nuestra Señora de Gracia; o en la subescala “monitorea y hace seguimiento” con una media de 3.56 en su trabajo y de 6.29 en el presente estudio. Sin embargo en ambos estudios de UCI, la primera subescala o la que más media obtiene es “es accesible”, como he mencionado anteriormente.

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

También coincide en el orden de una subescala aislada en 4º lugar con “explica y facilita” donde este estudio obtiene una puntuación de 5.82 y el trabajo con el que se compara<sup>60</sup> obtiene una puntuación de 4.00. Además en la comparación con este mismo estudio se encuentran similitudes interesantes, ya que las dos primeras subescalas del artículo iraní son en orden: “monitorea y hace seguimiento” seguida de “es accesible”, igualmente ocurre en el presente trabajo, salvo que a pesar de ser las dos escalas que mayor media presentan el orden es el inverso al del estudio mencionado.

En cuanto al trabajo de Larson<sup>63</sup>, nuestro estudio no coincide en el orden en ninguna de las subescalas, habiendo notorias diferencias que a continuación detallo. Mientras que en el estudio presente la subescala con mayor media para la muestra global es “es accesible”, esta misma ocupa el tercer lugar en el orden que presentó Larson. En su trabajo la subescala que más puntuación media obtenía era la referida al confort, mientras que en este estudio, esa subescala ocupa el cuarto lugar en orden descendente. En cuanto a la subescala que ocupa el último lugar en importancia para el personal de enfermería en su estudio, encontramos “explica y facilita”, mientras que en este estudio ocupa en cuarto lugar<sup>63</sup>. Las medias obtenidas por Larson son inferiores a las medias obtenidas en nuestro estudio, con una diferencia entre la media de su subescala más alta “conforta”, y la de este estudio “es accesible” de casi dos puntos en una escala de siete.

Algo similar ocurre con otro de los primeros trabajos que utilizaban este cuestionario en personal sanitario, el estudio de Mayer<sup>64</sup>, sólo que en este las diferencias son aún más notorias ya que en su estudio la subescala “se anticipa” ocupa el primer lugar, mientras que en el estudio aquí desarrollado ocupa el último; aun siendo la media obtenida en este estudio mayor que la obtenida por Mayer. A la comparación de resultados, la media de Mayer para la subescala citada es de 4.22, mientras que en este estudio, y a pesar de ser la subescala que menos relevancia presenta para el personal de enfermería obtiene una media de 5.66<sup>64</sup>. Igualmente ocurre con la subescala “monitorea y hace seguimiento” en nuestro trabajo obtiene la segunda posición en cuanto a la media, y en el trabajo de Mayer con una media de 3.98, ocupa en sexto y último lugar.

En general este trabajo no coincide de manera exacta con ninguno de los trabajos anteriormente mencionados, pero sí que se aprecian lugares en común aislados en el orden de las subescalas con estos mismos.

En cuanto al análisis por ítems, se realizó una escala de los diez ítems con media más alta, en orden descendente. En cuanto al resto de estudios siguieron un análisis similar encontrando estudios como el estadounidense de Smith y Sullivan<sup>65</sup> en el que encontramos coincidencias en cinco ítems, es decir; el personal de enfermería a estudio en este trabajo y en el de Smith y Sullivan coinciden al seleccionar cinco de los cincuenta ítems totales de la escala y valorarlos entre los diez primeros en orden de importancia, estos ítems son: escucha al paciente, Sabe cuando llamar al médico, sabe aplicar inyecciones, etc. y manipular equipos de uso parenteral, las máquinas de succión y otros equipos que haya en el servicio; habla con el paciente y logra tratar al paciente como una persona<sup>65</sup>.

En el caso del estudio realizado en China<sup>59</sup>, se realizó un ranking de los cinco ítems que más media habían obtenido, comparando estos resultados con los del trabajo presente se coincide en dos de los cinco ítems: sabe cuando llamar al médico, sabe aplicar inyecciones, etc. y manipular equipos de uso parenteral, las máquinas de succión y otros equipos que haya en el servicio y sabe cuando llamar al médico, con una media en este caso de 4.51 y 4.27 respectivamente.

Se han encontrado además otros trabajos que coinciden casi con exactitud con el presente trabajo, como es el caso de Larson<sup>63</sup>, que también incluye entre los cinco ítems con mayor media los siguientes “escucha al paciente” y “habla con el paciente”. En el caso de Mayer<sup>64</sup> sólo se coincide en una escala de los cinco ítems con mayor media en uno de ellos: “escucha al paciente”. Este ítem también se encuentra entre los cinco con mayor media en otro de los estudios analizados, junto con “habla con el paciente”<sup>62</sup>.

En cuanto al análisis por unidades, en la literatura no se han encontrado demasiados estudios de investigación que hagan referencia a unidades semejantes a las que estamos barajando en este trabajo.

Entre las unidades no se han presentado diferencias significativas para el total de la escala, únicamente se han encontrado diferencias significativas para la subescala “conforta” entre la unidad cirugía y UCI, entre cirugía y consultas externas, y entre la unidad cirugía y geriatría.

En el trabajo que presentamos aparecen como comportamientos mejor percibidos por el personal de enfermería a estudio, aquellos que se refieren a la accesibilidad, y al seguimiento del paciente, dejando en último lugar los comportamientos referidos a la confianza o a la anticipación a las necesidades del paciente. Se han demostrado similitudes con otros estudios internacionales, que tratan de interpretar estos resultados desde la perspectiva humanística y

refiriéndose también a la problemática a la que nos referíamos al principio del trabajo. Por ejemplo, uno de los trabajos estadounidenses trata de explicar la relevancia otorgada al campo de la demostración instrumental, añadiendo que el ámbito en el que se demuestra es de accesibilidad y de confort para el paciente<sup>65</sup>. O en el trabajo iraní en el que se reconoce que son abiertamente más relevantes para las enfermeras los comportamientos relacionados con los conocimientos prácticos y de vigilancia que las habilidades psicosociales<sup>57</sup>. Quizá esto sea consecuencia de los problemas antes detallados, como la sobrecarga laboral, el riesgo que implica la acelerada inclusión de la tecnología en nuestra actividad asistencial, o el de seguir utilizando el marco de conceptos de otras ramas sanitarias aun teniendo la enfermería el suyo propio.

Sin embargo, en otros trabajos<sup>57</sup>, se han obtenido mejores resultados en la percepción referente a los comportamientos derivados del cuidado humanizado, de las relaciones interpersonales, la necesidad de comunicación, concluyen diciendo que en su estudio la enfermera le otorga más relevancia percibida a los comportamientos que le dan prioridad al componente humano.

### **DIFICULTADES, LIMITACIONES Y PROPUESTAS**

---

Las múltiples dificultades que a lo largo de este trabajo hemos podido encontrar servirán sin duda como punto de partida para valorar y aprender para próximos trabajos de investigación en esta u otras áreas científicas.

Uno de los aspectos primeros a tener en cuenta es el muestreo. Se repartieron cuestionarios a toda la población, siendo el número de cuestionarios recibidos inferior al número de sujetos que debería haber contenido la muestra según el muestreo realizado. Si se hubiese realizado el muestreo aleatorio, presumiblemente se hubiesen recogido menos cuestionarios aún, pues deberíamos contar con las y los enfermeros que no han querido rellenar el cuestionario.

Tampoco se ha contado con una participación adecuada, y tampoco equitativa. Contando en algunas unidades con la participación del total de la plantilla de enfermería, y en otras con menos de un tercio de la misma, quizá el personal a estudio sintiese que estaba siendo examinado o cuestionado su trabajo, o simple indiferencia ante la cumplimentación del cuestionario, o los posibles resultados que del análisis de los mismos se realizase. Los cuestionarios no se repartieron directamente a cada sujeto del estudio, sino que se proporcionó el material e información a los supervisores de las unidades a estudio, pudiéndose perder de este modo información útil para la cumplimentación, o participantes para la investigación.

## PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El cuestionario Care Q consta de 50 preguntas, con 7 posibles respuestas cada una de ellas, algunas de las supervisiones del hospital afirmaron que quizá la extensión del instrumento podía reducir la participación (tiempo de realización: 20-30 min aproximadamente), siendo esta otra de las razones por las que la tasa de respuesta resultante sea baja.

Es necesario mencionar el escaso número de publicaciones en investigación existentes que hayan trabajado teniendo como herramienta el Care Q y como población a los profesionales de enfermería, lo cual dificultó en gran parte la realización de la discusión comparativamente a estos otros estudios, pese a todo esto, los resultados de este apartado han resultado interesantes para esta y futuras investigaciones en el campo al que nos referimos. El hecho de contar con pocos trabajos que utilicen esta herramienta, y sin embargo que los resultados de estos mismos proporcionen la información dada, procura una base en esta línea de investigación en cuidados.

Resultaría de interés conocer mediante estudios futuros las causas que condicionan estos resultados en el ambiente de trabajo a estudio, ya que difieren abiertamente en algunos aspectos, con los que proporcionan otros estudios. También quizá fuese conveniente conocer la percepción del personal de enfermería sobre los aspectos de los que consta su trabajo, para incentivar nuevas líneas de cuidados, incluso gestoras, que procuren una mayor calidad de los mismos.

## CONCLUSIONES

---

La media de los resultados por subescala y en la escala Care Q en global, presenta resultados considerablemente mayores que en estudios realizados en hospitales de otros países. Sin embargo, de manera similar a la mayoría de estas investigaciones, en el presente trabajo encontramos que las respuestas (tanto por subescala como por ítem) referidas a los aspectos más técnicos del trabajo de enfermería siguen siendo percibidas por este mismo personal, como más relevantes que los referidos al cuidado invisible. Quizá estos resultados sean debidos a la influencia aún poderosa de los avances biotecnológicos, sobre el carácter humanístico del que constan los cuidados de enfermería.

La plantilla de enfermería a estudio dividida por subunidades no presenta diferencias significativas respecto a las subescalas del cuestionario, excepto en la unidad de cirugía que presenta diferencias significativas en la subescala “conforta” con respecto a tres de las cuatro restantes unidades que componen el estudio. Quizá este resultado sea debido al temor ante la intervención quirúrgica percibido por el paciente. Se plantea de este modo, una nueva rama de la línea de investigación pertinente que tratase de asociar el temor quirúrgico del paciente con el cuidado requerido por este, percibido por la enfermera.

El personal de enfermería de las unidades a estudio en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, no presenta diferencias estadísticamente significativas si se subdivide en cuanto a tipo de unidad por estancia temporal: larga estancia vs corta estancia y ambulatoria.

Por tanto, y como propone la hipótesis, los cuidados con aspectos humanísticos que describe el personal de enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia, se sitúa en alto grado en cuanto a relevancia percibida. A pesar de esto, los aspectos técnicos no se equiparan a los humanísticos, siendo los primeros percibidos de manera más relevante por los profesionales de enfermería de este hospital.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Poletti Rosette. Cuidados de enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Barcelona. Ediciones Rol. 1980.
2. German Bes Concepción. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria en España 1977-2004. Análisis con perspectiva de género. Zaragoza. Prensa Universitaria PUZ. . 2007. Consultas <http://zagan.unizar.es/collection/Tesis?ln=es>
3. Huércanos Esparza Isabel. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de enfermería. Biblioteca Lascasas, 2011 7(1). Disponible en <http://index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php>
4. Waldow Vera. Cuidado Humano. O Resgate Necessário. Brasil:Sagra Luzzatto;1998: 144.
5. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.
6. Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 4a ed. Madrid: Mosby, 2009.
7. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 4ª ed. Madrid: Harcourt, 2005.
8. Pedre Seoane M, Pita Barral MC, Valiño Pazos C. Imagen social de la enfermera. Un vistazo al espejo público. *Enfuro* 2004; 89: 32-33.
9. Hernández Meca Mª Encarnación, Ochando García Antonio, Mora Canales Javier, Lorenzo Martínez Susana, López Revuelta Katia. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. *RevSocEspEnfermNefrol* [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2012 Jun 14] ; 8(2): 90-96. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752005000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752005000200002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-13752005000200002>.
10. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(7):580-90.
11. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:276-279.

12. Aimar A, Videla N, Torre M. Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera. *Enfermería Global* 2006; 9:1-9.
13. Cabal VE, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería* 2011; 6: 73-81.
14. Codorniu N., Bleda M., Albuquerque E., Guanter L., Adell J., García F. et al . Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2012 Jun 15] ; 20(1-2): 71-75. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100015>.
15. Vía Clavero G, Sanjuan Navais M, Martínez Mesas M, Pena Alfaro M, Utrilla Antolín C, Zarragoikoetxea Jaúregui I. Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros. *Enferm Intensiva* 2010; 21(3):104–112.
16. Amezcua M, Carricondo Guirao A. Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index de Enfermería [IndexEnferm]* (edición digital) 2000; 28-29. Disponible en <[http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29 articulo 26-34.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29%20articulo%2026-34.php)> Consultado el 19 de junio de 2012.
17. Orts Cortés M<sup>a</sup> Isabel. Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud: Integrando la investigación, la experiencia y la excelencia. *EnfermGlob*. revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2012 Jun 19]; (18): Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000100023&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100023&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000100023>.
18. Aranaza JM, Leutschera E, Geaa MC, Vitallerb J. El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18(2):107-14.
19. Peya Gascons M. Un repaso a la evolución de los cuidados de enfermería. *Nursing* 2004; 22 (9): 56-65.
20. Gutiérrez-Nava AM, Márquez Rodríguez P, Martínez Trujillo ML, Sáenz-Rosado R, Flores-Moreno P, Galicia-Arreola MC. Validación de una cédula para evaluación integral de los servicios de enfermería. *RevEnfermInstMex Seguro Soc* 2009; 17 (3): 159-166 159.
21. Tenorio Matanzo M. El método MAQSI: Instrumento para la medición de los resultados en el incremento de la agencia de autocuidados. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 2009; 1(2): 618-693.
22. Davins Miralles J. Comparativa de 3 modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO. *FMC*. 2007;14(6):328-32

23. Escribà-Agüir Vicenta, Burguete-Ramos Dolores. ¿Cómo perciben las enfermeras de trasplantes las causas del estrés laboral? *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2005 Nov [citado 2012 Jun 19] ; 14(50): 15-19. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000200003>.
24. De Souza Corbani NM, Passarela Bretas AC, Cassuli Matheus MC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *RevBrasEnferm* 2009; 62(3): 349-54.
25. Barbosa de Pinho Leandro, Azevedo dos Santos Silvia Maria. Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2012 Jun 20] ; 15(54): 20-24. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000200004>.
26. González Juárez L, Velandia Mora AL, Flores Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. *RevConamed* 2009; 14 supl 1: 40-43.
27. Paris L, Omar A. Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicología* 2008; 13(3), 233-244.
28. Rico Becerra JI. Enfermería, cuidado y ciencia. *Cultura de los cuidados* 2010; 28:76-82.
29. Camacho Bermejo Rafaela. Seguridad clínica, niveles de satisfacción y calidad de los cuidados hospitalarios. *EnfermClin* 2012; 22: 170-2.
30. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse Forecasting in Europe (RN4CAST): rationales, design and methodology. *BMC Nurs*. 2011; 10:6.
31. Romeo López Alonso Sergio. Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2012 Jun 29]; 13(44-45): 32-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100007>.
32. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major. El pensamiento enfermero. Barcelona: Editorial Masson; 1996.
33. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.

34. Estefo Agüero Silvana, ParavicKlijn Tatiana. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *CiencEnferm.* [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2012 Jun 11]; 16(3): 33-39. Disponible en:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es). doi: 10.4067/S0717-95532010000300005.
35. Medina JL. La pedagogía del cuidado. Ed. Laertes. 1999.
36. Rivera N, Triana A. Cuidado humanizado en enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica en la Clínica del Country. *Actualizaciones en Enfermería* 2007; 10 (4), 15-21 [en línea]. Disponible en:<<http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf>>.
37. Agramonte del Sol A, Leiva Rodríguez J. Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación del profesional de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* 2007; 23(1).
38. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. *EnfermIntens.* 2000; 11:136-41. En: Falcó Pegueroles A. Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. *Enfermería clínica* 2005;15(5):287-90
39. Waldow VR, Borges RF. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(4).
40. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999. En: Trevizan MA, Mendes IAC, Lourenço MR, Melo MRAC. Al encuentro de la competencia del cuidado según Boff: una nueva perspectiva de conducta ética de la enfermería gerente. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(5): 652-7.
41. Torralba F. Antropología del cuidar. Barcelona: Institut Borja de bioética. Fundación Mapfre Medicina. 1998.
42. Palacios Ceña D. La construcción moderna de la enfermería. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería Humanidades* 2007; 22: 26-32
43. Arredondo-González Claudia Patricia, Siles-González José. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2012 Jun 05];18(1):32-36.Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es).<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000100007>.
44. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(4)499-503.

45. Zarate Grajales Rosa A.. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2012 Jun 13] ; 13(44-45): 42-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100009>.
46. Cañadas Núñez Felipe. Humanizar la tecnología: la asignatura enfermera. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2012 Jun 13] ; 14(48-49): 69-70. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000100019&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100019&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000100019>.
47. Germán Bes C., Hueso Navarro F., Huércanos Esparza I.. El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2011 Jul [citado 2012 Jun 1] ; 10(23): 221-232. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000300016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300016&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300016>
48. Alvarado Quijano G et al. Definición de enfermería en el tercer nivel de atención según los acompañantes de los usuarios de un hospital costarricense. *Enfermería actual en Costa Rica* 2008; 14: 1-10.
49. Harris Marvin. Introducción a la antropología general. 7ªed. Alianza editorial. 2010
50. German Bes C, Hueso Navarro F. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Congreso virtual Invescom. Granada, 22 de mayo de 2010.
51. De la Cuesta C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *InvestEducEnferm* 2007; 1(25): 106-112.
52. Germán Bes, Concha; Hueso Navarro, Fabiola; Huércanos Esparza, Isabel; Ferrer Arnedo, Carmen. Exploración del término "buen trato", dicho por familiares y usuarios de los servicios de salud. *Rev Paraninfo Digital*, 2011; 14. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n14/166d.php>> Consultado el 6 de junio de 2012.
53. Larson P. Percepciones del cuidado de pacientes con cáncer por enfermeras oncológicas (tesis doctoral). San Francisco: Universidad de California; 1981.
54. Moreno MG, Betancourt MD, Solís A, Barrón GL, Gómez JS. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería. *Desarrollo Científico Enfermería* 1998; 6 (9): 267-271.
55. Arthur D et al. Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of Registered Nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies* 1999; 36: 387-396.
56. Gómez Ramirez OJ, Daza LA, Zambrano Caro VM. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del

- ejercicio profesional. *AvEnferm.* [serial on the Internet]. 2008 July [cited 2012 June 11]; 26(1): 85-96. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0121-45002008000100009&lng=en>.
57. Ramírez Perdomo CA, Parra Vargas M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av.Enferm* 2011; 29 (1): 97-108.
  58. Bautista LM. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan* 2008; 8(1) 74-84.
  59. Holroy E. A Chinese cultural perspective of nursing care behaviours in an acute setting. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28(6): 1289–1294.
  60. Zamanzadeh Vahid, Azimzadeh Roghaieh, Rahmani Azad, Valizadeh Leila. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *BMC Nursing* 2010; 9:10-18.
  61. Von Essen L, Sjoden PO. The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40: 487-497
  62. Sepúlveda Carrillo Gloria Judith. Estudio piloto de la validación del cuestionario Care Q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. *Revista Colombiana De Enfermería* 2009; 4(1): 13 – 22.
  63. Smith MK, Sullivan JM. Nurses' and Patients' Perceptions of Most Important Caring Behaviors in a Longterm Care Setting. *GeriatrNurs* 1997; 18:70-3.
  64. Larson PJ. Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *ONF* 1984; 11: 46-50. En: Von EssenL, Sjoden PO. The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies* 2003; 40: 487-497
  65. Mayer DK. Oncology nurses versus cancer patients perceptions of nurse of caring behaviors: a replication study. *ONF* 1987; 14:48-52. En: Von EssenL, Sjoden PO. The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies* 2003; 40: 487-497.

**ANEXOS**

---

*Consentimiento de la dirección del Hospital*

*Cuestionario Care Q*

*Tablas*

D<sup>a</sup> GLORIA SORO ALCUBIERRE  
DIRECTORA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL REAL  
NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

**AUTORIZA**

A D/Dña. **A. Victoria Gil Gómez** a realizar el "Cuestionario de Satisfacción del Cuidado" al personal de enfermería del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia para la realización de su proyecto de investigación "**Percepción de Enfermería del tipo de atención que requiere el paciente actual. Análisis humanístico**" manteniendo la debida obligación de confidencialidad y uso correcto de la información obtenida.

Y para que conste a los efectos oportunos se expide esta autorización, a 22 de noviembre de 2011

EL DIRECTORA DE ENFERMERÍA



Fdo.: Gloria Soro Alcubierre

Ramón y Cajal, 60  
50004 Zaragoza  
Tel.: 976 44 00 22  
Fax: 976 44 58 69

## Instrumento Care –Q

### COMPORTAMIENTOS

#### Es Accesible

1. Con frecuencia se aproxima primero al paciente

Importantísimo 7	Muy importante 6	Algo importante 5	Ni importante Ni sin importancia 4	Poco importante 3	Muy poco importante 2	Nada importante 1
---------------------	---------------------	----------------------	--	----------------------	--------------------------	----------------------

2. Se ofrece a hacer pequeñas cosas para el paciente

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

3. Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

4. Examina al paciente con frecuencia

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

5. Responde rápidamente a la llamada del paciente

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

6. Anima al paciente a que llame si tiene problemas

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

#### Explica y Facilita

7. Informa al paciente sobre los sistemas de ayuda disponibles, tales como los grupos de auto-ayuda o los pacientes con enfermedades similares

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

8. Ayuda al paciente a expresarse, proporcionándole información adecuada

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

9. Dice al paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de su enfermedad y tratamiento.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

10. Enseña al paciente a cuidar de sí mismo siempre que sea posible

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

11. Sugiere al paciente las preguntas que puede formularle a su médico

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

12. Es honesta con el paciente en cuanto a su condición médica

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

### Conforta

13. Procura medidas básicas de confort, tales como iluminación adecuada, control de ruido y sábanas adecuadas, entre otros

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

14. Infunde ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

15. Tiene paciencia aún con los pacientes difíciles

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

16. Es jovial

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

17. Se sienta con el paciente

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

18. Toma al paciente de la mano, cuando él necesita que alguien lo anime

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

19. Escucha al paciente

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

20. Habla con el paciente

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

21. Involucra a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

**Se Anticipa**

22. Toma conciencia de que la noche es a menudo el tiempo más difícil para el paciente

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

23. Se anticipa al impacto del paciente y su familia con relación al diagnóstico y planifica oportunidades para hablarles al respecto, individualmente o en grupo

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

24. Sabe cuando el paciente "ha tenido lo suficiente" a actúa en concordancia, por ejemplo, reprograma un examen, selecciona la visita de acuerdo con el gusto del paciente y garantiza privacidad.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

25. Es receptiva ante las necesidades del paciente, planea y actúa en consecuencia, por ejemplo, administra un medicamento para evitar las náuseas, cuando el paciente está recibiendo una medicina que probablemente le causará náuseas.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

26. Prevé que las "primeras veces" son las más difíciles y pone atención especial al paciente durante estas oportunidades.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

**Mantiene Relación de Confianza**

27. Cuando esta con un paciente, se concentra sólo en ese único paciente.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

28. Continúa interesada en el paciente aunque haya pasado por una crisis o fase crítica.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

29. Ofrece al paciente alternativas razonables, tales como elección del tiempo para las citas, tiempo para el baño, entre otras.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

30. Ayuda al paciente a establecer metas realizables.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

31. Comprueba con el paciente la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su estado.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

32. Comprueba las percepciones del paciente con el mismo antes de iniciar cualquier intervención, por ejemplo si la enfermera tiene la percepción de que el paciente esta ofuscado con el plan de tratamiento, lo discute con el paciente antes de hablar al respecto con el médico.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

33. Ayuda al paciente a aclarar su pensamiento acerca de de su enfermedad.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

34. Acepta que el paciente es el que mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible, en la planificación y administración del cuidado.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

35. Anima al paciente para que le formule preguntas las preguntas que pueda tener.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

36. Coloca al paciente en primer lugar, sin importar lo que pase.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

37. Es agradable y amistosa con los familiares del paciente y los demás allegados.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

38. Permite al paciente expresar totalmente sus sentimientos acerca de su enfermedad y tratamiento, manejando la información confidencialmente.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

39. Pregunta al paciente como prefiere que lo llamen

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

40. Tiene una proximidad estable con el paciente.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

41. Logra tratar al paciente como una persona.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

42. Se presenta al paciente, le explica el procedimiento a realizar

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

### **Monitorea y Hace Seguimiento**

43. Su vestuario e insignias la caracterizan como enfermera

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

44. Se cerciora de que la programación de citas profesionales, por ejemplo, procedimientos especiales, se acomodan a la real condición situación del paciente.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

45. Considera que es organizada.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

46. Sabe aplicar inyecciones, etc. y manipular equipos de uso parenteral (sueros), las maquinas de succión y otros equipos que haya en el servicio.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

47. Es calmada

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

48. Proporciona buen cuidado físico al paciente.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

49. Se asegura de que otros sepan como cuidar al paciente.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

50. Sabe cuando llamar al médico.

Importantísimo	Muy importante	Algo importante	Ni importante Ni sin importancia	Poco importante	Muy poco importante	Nada importante
----------------	----------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

## TABLAS Y GRÁFICOS

*Tabla 1. Alfa de Cronbach para la escala*

<i>Número de Pregunta</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
<i>1</i>	<i>0,895</i>
<i>2</i>	<i>0,894</i>
<i>3</i>	<i>0,897</i>
<i>4</i>	<i>0,894</i>
<i>5</i>	<i>0,893</i>
<i>6</i>	<i>0,894</i>
<i>7</i>	<i>0,899</i>
<i>8</i>	<i>0,898</i>
<i>9</i>	<i>0,902</i>
<i>10</i>	<i>0,896</i>
<i>11</i>	<i>0,891</i>
<i>12</i>	<i>0,895</i>
<i>13</i>	<i>0,892</i>
<i>14</i>	<i>0,891</i>

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

<i>15</i>	<i>0,893</i>
<i>16</i>	<i>0,893</i>
<i>17</i>	<i>0,891</i>
<i>18</i>	<i>0,892</i>
<i>19</i>	<i>0,895</i>
<i>20</i>	<i>0,893</i>
<i>21</i>	<i>0,894</i>
<i>22</i>	<i>0,894</i>
<i>23</i>	<i>0,896</i>
<i>24</i>	<i>0,894</i>
<i>25</i>	<i>0,890</i>
<i>26</i>	<i>0,892</i>
<i>27</i>	<i>0,893</i>
<i>28</i>	<i>0,894</i>
<i>29</i>	<i>0,893</i>
<i>30</i>	<i>0,892</i>
<i>31</i>	<i>0,892</i>
<i>32</i>	<i>0,897</i>
<i>33</i>	<i>0,893</i>
<i>34</i>	<i>0,894</i>
<i>35</i>	<i>0,893</i>
<i>36</i>	<i>0,893</i>
<i>37</i>	<i>0,894</i>
<i>38</i>	<i>0,893</i>
<i>39</i>	<i>0,893</i>

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

<b>40</b>	<i>0,894</i>
<b>41</b>	<i>0,894</i>
<b>42</b>	<i>0,894</i>
<b>43</b>	<i>0,896</i>
<b>44</b>	<i>0,895</i>
<b>45</b>	<i>0,896</i>
<b>46</b>	<i>0,894</i>
<b>47</b>	<i>0,893</i>
<b>48</b>	<i>0,893</i>
<b>49</b>	<i>0,893</i>
<b>50</b>	<i>0,893</i>
<b><i>Total de la escala</i></b>	<b><i>0.896</i></b>

***Tabla 2. Alfa de Cronbach para la subescala “es accesible”***

<b><i>Preguntas de “es accesible”</i></b>	<b><i>Alfa si se elimina el elemento</i></b>
<b>1</b>	<i>0,570</i>
<b>2</b>	<i>0,585</i>
<b>3</b>	<i>0,677</i>
<b>4</b>	<i>0,575</i>
<b>5</b>	<i>0,607</i>
<b>6</b>	<i>0,591</i>
<b><i>Total de la subescala</i></b>	<b><i>0.647</i></b>

*Tabla 3. Alfa de Cronbach para la subescala “explica y facilita”*

<i>Preguntas de “explica”</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
7	0,496
8	0,535
9	0,545
10	0,541
11	0,605
12	0,610
<b>Total de la subescala</b>	<b>0.601</b>

*Tabla 4. Alfa de Cronbach para la subescala “conforta”*

<i>Preguntas de “conforta”</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
13	0,769
14	0,751
15	0,770
16	0,762
17	0,774
18	0,755
19	0,769
20	0,751
21	0,775
<b>Total de la subescala</b>	<b>0.785</b>

*Tabla 5. Alfa de Cronbach para la subescala “se anticipa”*

<i>Preguntas de “Se anticipa”</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
22	0,683
23	0,616
24	0,622
25	0,589
26	0,606
<b>Total de la subescala</b>	<b>0.676</b>

*Tabla 6. Alfa de Cronbach para la subescala “mantiene relación de confianza”*

<i>Preguntas de “Mantiene relación de confianza”</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
27	0,791
28	0,791
29	0,792
30	0,791
31	0,790
32	0,809
33	0,794
34	0,796
35	0,788
36	0,792
37	0,800
38	0,796
39	0,776
40	0,786
41	0,805
42	0,806
<b>Total de la subescala</b>	<b>0.805</b>

*Tabla 7. Alfa de Cronbach para la subescala “Monitorea y hace seguimiento”*

<i>Preguntas de “Monitorea y hace seguimiento”</i>	<i>Alfa si se elimina el elemento</i>
43	0,792
44	0,759
45	0,792
46	0,763
47	0,730
48	0,740
49	0,724
50	0,728
<b>Total de la subescala</b>	<b>0.778</b>

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

**Tabla 8 .Análisis de medias por unidad y subescala**

<b>Unidad</b>		<b>“Es accesible”</b>	<b>“Explica y facilita”</b>	<b>“Conforta”</b>	<b>“Se anticipa”</b>	<b>“Mantiene relación de confianza”</b>	<b>“Monitorea y hace seguimiento”</b>	<b>Total de la escala</b>
<b>M.Interna</b>	<i>Media</i>	<b>6.2778</b>	<b>5.8472</b>	<b>6.1667</b>	<b>5.7000</b>	<b>5.9271</b>	<b>6.1250</b>	<b>6.0117</b>
	<i>DT</i>	<b>0.42243</b>	<b>0.53399</b>	<b>0.40618</b>	<b>0.64102</b>	<b>0.39603</b>	<b>0.51124</b>	<b>0.33471</b>
<b>UCI</b>	<i>Media</i>	<b>6.3056</b>	<b>5.7222</b>	<b>5.9815</b>	<b>5.6667</b>	<b>5.8333</b>	<b>6.2917</b>	<b>5.9600</b>
	<i>DT</i>	<b>0.6402</b>	<b>0.44305</b>	<b>0.4207</b>	<b>0.62823</b>	<b>0.14613</b>	<b>0.51031</b>	<b>0.23289</b>
<b>Consultas Externas</b>	<i>Media</i>	<b>6.1818</b>	<b>5.9091</b>	<b>5.9293</b>	<b>5.6000</b>	<b>5.6591</b>	<b>6.1364</b>	<b>5.8709</b>
	<i>DT</i>	<b>0.32020</b>	<b>0.36027</b>	<b>0.29927</b>	<b>0.43818</b>	<b>0.27438</b>	<b>0.28204</b>	<b>0.23002</b>
<b>Geriatría</b>	<i>Media</i>	<b>6.1667</b>	<b>5.7500</b>	<b>5.7500</b>	<b>5.5000</b>	<b>5.6250</b>	<b>6.0625</b>	<b>5.7850</b>
	<i>DT</i>	<b>0.33333</b>	<b>0.34694</b>	<b>0.38889</b>	<b>0.34641</b>	<b>0.46211</b>	<b>0.65749</b>	<b>0.28583</b>
<b>Cirugía</b>	<i>Media</i>	<b>6.2381</b>	<b>5.8095</b>	<b>6.4127</b>	<b>5.8000</b>	<b>5.8036</b>	<b>6.3750</b>	<b>6.0571</b>
	<i>DT</i>	<b>0.47000</b>	<b>0.66964</b>	<b>0.47451</b>	<b>0.51640</b>	<b>0.57896</b>	<b>0.57282</b>	<b>0.39874</b>
<b>Total</b>	<i>Media</i>	<b>6.2375</b>	<b>5.8292</b>	<b>6.0750</b>	<b>5.6650</b>	<b>5.7875</b>	<b>6.1906</b>	<b>5.9505</b>
	<i>DT</i>	<b>0.36958</b>	<b>0.47063</b>	<b>0.42432</b>	<b>0.52308</b>	<b>0.38470</b>	<b>0.47196</b>	<b>0.30111</b>

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Tabla 9. Prueba de Kruskal-Wallis para el análisis de las subescalas por unidad.

Subescala	Unidad	Rango Promedio	p	$\chi^2$
"Es accesible"	M.Interna	20,96	0.956	0.651
	UCI	23,08		
	Consultas	18,50		
	Geriatría	20,38		
	Cirugía	20,71		
"Explica y facilita"	M.Interna	20,46	0.944	0.757
	UCI	18,50		
	Consultas	21,32		
	Geriatría	17,50		
	Cirugía	22,71		
"Conforta"	M.Interna	23,13	0.036	10.305
	UCI	18,50		
	Consultas	15,59		
	Geriatría	11,63		
	Cirugía	30,50		
"Se anticipa"	M.Interna	20,96	0.799	1.655
	UCI	22,67		
	Consultas	19,14		
	Geriatría	15,00		
	Cirugía	23,14		
"Mantiene relación de confianza"	M.Interna	24,38	0.519	3.237
	UCI	21,67		
	Consultas	16,36		
	Geriatría	16,75		
	Cirugía	21,50		
"Monitorea y hace seguimiento"	M.Interna	19,96	0.779	1.762
	UCI	22,92		
	Consultas	19,36		
	Geriatría	15,50		
	Cirugía	24,00		
Total de la escala.	M.Interna	22,67	0.441	3.747
	UCI	20,83		
	Consultas	17,09		
	Geriatría	14,25		
	Cirugía	25,43		

Tabla 10. Unidades con diferencias para la subescala confort

Unidades	p
Cirugía- UCI	0.041
Cirugía-Consultas Externas	0.023
Cirugía- Geriatría	0.035

**Tabla 11. Diferencias entre larga y corta estancia o ambulatoria  
Prueba T para Muestras independientes**

Escala	Tipo de estancia	Media	Desviación típica	p	T
"Es accesible"	Larga estancia	6.2500	0.39441	0.864	0.068
	Corta estancia o ambulatoria	6.2292	0.36053		
"Explica y facilita"	Larga estancia	5.8229	0.48484	0.946	0.068
	Corta estancia o ambulatoria	5.8333	0.47140		
"Conforta"	Larga estancia	6.0625	0.43123	0.881	0.150
	Corta estancia o ambulatoria	6.0833	0.42877		
"Se anticipa"	Larga estancia	5.6500	0.57735	0.885	0.146
	Corta estancia o ambulatoria	5.6750	0.49629		
"Mantiene relación de confianza"	Larga estancia	5.8516	0.41950	0.397	0.857
	Corta estancia o ambulatoria	5.7448	0.36253		
"Monitorea y hace seguimiento"	Larga estancia	6.1094	0.52812	0.381	0.887
	Corta estancia o ambulatoria	6.2448	0.43376		
Total de la escala	Larga estancia	5.9550	0.32981	0.940	0.076
	Corta estancia o ambulatoria	5.9475	0.28771		

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Tabla 12. Análisis de las subescalas apareadas para la muestra total

<b>Subescalas</b>	<b>Media</b>	<b>p</b>	<b>DT</b>
<b>Es accesible</b>	6.2375	<b>0.000</b>	0.36958
<b>Explica y Facilita</b>	5.8292		0.47063
<b>Es accesible</b>	6.2375	<b>0.000</b>	0.36958
<b>Conforta</b>	6.0750		0.42432
<b>Es accesible</b>	6.2375	<b>0.000</b>	0.36958
<b>Se anticipa</b>	5.6650		0.52308
<b>Es accesible</b>	6.2375	<b>,000</b>	0.36958
<b>Mantiene relación de confianza</b>	<b>5.7875</b>		0.38470
<b>Es accesible</b>	6.2375	<b>0.604</b>	0.36958
<b>Monitorea y hace seguimiento</b>	6.1906		0.47196
<b>Explica y facilita</b>	5.8292	<b>0.007</b>	0.47063
<b>Conforta</b>	6.0750		0.42432
<b>Explica y facilita</b>	<b>5.8292</b>	<b>0.113</b>	0.47063
<b>Se anticipa</b>	5.6650		0.52308
<b>Explica y facilita</b>	5.8292	<b>0.650</b>	0.47063
<b>Mantiene relación de confianza</b>	<b>5.7875</b>		0.38470
<b>Explica y facilita</b>	5.8292	<b>0.002</b>	0.47063
<b>Monitorea y hace seguimiento</b>	6.1906		0.47196
<b>Conforta</b>	6.0750	<b>0.000</b>	0.42432
<b>Se anticipa</b>	5.6650		0.52308
<b>Conforta</b>	6.0750	<b>0.000</b>	<b>0.42432</b>
<b>Mantiene relación de confianza</b>	<b>5.7875</b>		0.38470
<b>Conforta</b>	6.0750	<b>0.129</b>	0.42432
<b>Monitorea y hace seguimiento</b>	6.1906		0.47196
<b>Se anticipa</b>	5.6650	<b>0.094</b>	0.52308
<b>Mantiene relación de confianza</b>	5.7875		0.38470
<b>Se anticipa</b>	5.6650	<b>0.000</b>	0.52308
<b>Monitorea y hace seguimiento</b>	6.1906		0.47196
<b>Mantiene relación de confianza</b>	<b>5.7875</b>	<b>0.000</b>	0.38470
<b>Monitorea y hace seguimiento</b>	6.1906		0.47196

**Tabla 13. Orden de percepciones por ítem según media.**

<b>Ítems Care Q</b>	<b>Media obtenida</b>	<b>Desviación típica.</b>
<b>46. Sabe aplicar inyecciones, etc. y manipular equipos de uso parenteral(sueros), las máquinas de succión y otros equipos que haya en el servicio.</b>	6.80	0.405
<b>3. Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente.</b>	6.68	0.474
<b>19. Escucha al paciente.</b>	6.60	0.545
<b>50. Sabe cuando llamar al médico.</b>	6.48	0.679
<b>20. Habla con el paciente.</b>	6.45	0.597
<b>41. Logra tratar al paciente como una persona.</b>	6.40	0.679
<b>48. Proporciona buen cuidado físico.</b>	6.38	0.628
<b>6. Anima al paciente a que le llame si tiene problemas.</b>	6.38	0.490
<b>10. Enseña al paciente a cuidar de sí mismo, siempre que sea posible.</b>	6.33	0.572
<b>13. Procura medidas básicas de confort.</b>	6.33	0.616

**Tabla 14. Orden de las percepciones por subescalas.**

<b>Subescala</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>
<b>“Es accesible”</b>	<b>6.2375</b>	<b>0.63958</b>
<b>“Monitorea y hace seguimiento”</b>	<b>6.1906</b>	<b>0.47196</b>
<b>“Conforta”</b>	<b>6.0750</b>	<b>0.42432</b>
<b>“Explica y facilita”</b>	<b>5.8292</b>	<b>0.47063</b>
<b>“Mantiene relación de confianza”</b>	<b>5.7875</b>	<b>0.38470</b>
<b>“Se anticipa”</b>	<b>5.6650</b>	<b>0.52308</b>

