

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado
que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en
una institución de salud en Lima. 2015**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Melissa Cyntia Andrade Mauricio

ASESOR

Luisa Hortensia Rivas Díaz

Lima - Perú

2017

**“PERCEPCION DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO
QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE HOSPITALIZADO
EN UNA INSTITUCION DE SALUD EN LIMA. 2015”**

Dedicatoria

Agradezco a Dios por darme fortaleza en las adversidades y ser mi guía en la realización en este trabajo.

A mis hermanas por el apoyo y a mi madre por haber sido un ejemplo en mi vida e impulsarme a seguir adelante.

A mi asesora Mg. Luisa Rivas Díaz agradezco la paciencia y orientación y apoyo brindado para el desarrollo del presente estudio

Al personal docente que trabaja en el Hospital Nacional Dos de Mayo por las facilidades brindadas en la recolección de datos. Y algunas docentes que también me apoyaron

ÍNDICE

	PÁG.
Índice de gráficos	vi
Resumen	vii
Summary	viii
Presentación	ix

CAPÍTULO I .EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema, delimitación y formulación	1
1.2. Formulación de problema	4
1.3 Formulación de objetivos.....	4
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.5. Limitaciones del estudio	6

CAPITULO II .BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1. Marco teórico

2.1.1. Antecedentes del estudio	7
2.1.2. Base Teórica Conceptual	12
1. Aspectos teóricos conceptuales de cuidado humanizado	12
a. Definición de cuidado.....	12
b. Definición de cuidado humanizado	14
c. Teorías de cuidado humanizado	16
c.1 Teoría de cuidado humanizado de jean Watson	16
d. Dimensiones del ser humano.....	22
e. Definición de la deshumanización.....	28
2. Rol de la enfermera en el cuidado del paciente hospitalizado .	29
3 .Rol del familiar como cuidador principal	30
4. Generalidades de Percepción.....	31
2.1.3. Definición Operacional de Términos.....	33
2.1.4. Formulación de Hipótesis	34

2.1.5. Variables. Operacionalización	34
2.2. Diseño Metodológico	34
2.2.1. Tipo de investigación.....	34
2.2.2. Población.....	34
2.2.3. Muestra. Muestreo.....	35
2.2.4. Criterios de inclusión	35
2.2.5. Criterios de exclusión	35
2.2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
2.2.7. Plan de recolección y análisis estadístico de los datos	36
2.2.8. Validez y confiabilidad	37
2.2.9. Consideraciones éticas	37

CAPITULO III .RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Resultados.....	38
3.1.1 Datos generales	38
3.1.2 Datos específicos	39
3.2 Discusión.....	45

CAPITULO IV. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones.....	50
4.2. Recomendaciones.....	51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
---	-----------

ANEXOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°

1. Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de mayo. Lima –Perú. 2015 39
2. Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado según dimensión interpersonal social en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú. 2015 40
3. Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en la dimensión emocional- espiritual en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima –Perú. 2015 42
4. Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en la dimensión física en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima –Perú. 2015 43
5. Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en la dimensión ética en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima –Perú.2015 44

RESUMEN

El **objetivo** de esta investigación fue determinar la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado del servicio de medicina Hospital Nacional Dos de Mayo ,2015. El **diseño metodológico** fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo simple de corte transversal. La **población** estuvo conformado por 43 familiares o cuidadores del HNDM, el tipo de muestreo utilizado fue probabilístico, la **muestra** estuvo conformado por 30 familiares. La **técnica** empleada fue la encuesta y el **instrumento** una escala modificada tipo Likert. Los **resultados** evidenciaron, que en relación a la percepción global del cuidado humanizado, el 53% de familiares tiene una percepción favorable, respecto a la dimensión interpersonal-social el 53% tiene una percepción favorable, en la dimensión emocional-espiritual el 55% tiene una percepción favorable, en la dimensión física 65% tiene una percepción favorable y en la dimensión ética 63% tiene una percepción favorable .**Conclusiones:** la mayoría de los familiares tiene una percepción favorable acerca del cuidado humanizado que brinda el profesional enfermería al paciente hospitalizado ; sin embargo existe una minoría importante de 47% que lo percibe desfavorable.

PALABRAS CLAVES: Cuidado humanizado, familiar o cuidador, paciente del servicio de medicina.

SUMMARY

The objective of this research was to determine the family's perception of the humanized care provided by the nurse to the hospitalized patient of the Hospital National Dos de Mayo, 2015. The methodological design was of quantitative type, application level and simple descriptive method of transversal cut. The population was made up of 43 relatives or caregivers of the HNMD, the type of sampling used was probabilistic, and the sample consisted of 30 relatives. The technique used was the survey and the instrument a modified Likert scale. The results showed that, in relation to the global perception of humanized care, 53% of family members have a favorable perception. Regarding the interpersonal-social dimension, 53% have a favorable perception. A favorable perception, in the physical dimension 65% has a favorable perception and in the ethical dimension 63% has a favorable perception. Conclusions: the majority of the relatives have a favorable perception about the humanized care that provides the professional nursing to the hospitalized patient; However there is a significant minority of 47% who perceive it unfavorable.

KEY WORDS: Humanized care, family or caregiver, patient of the medical service.

PRESENTACIÓN

Enfermería es la ciencia y el arte de cuidar. Ciencia porque posee un cuerpo creciente de ideas de conocimiento racional, sistemático, exacto, verificable y fiable que se alcanza por medio de la investigación científica; mientras que el arte es la virtud, disposición y habilidad para hacer algo, que al fusionarse con los patrones de conocimientos y hace que la teoría se vincule a la praxis enfermera, dándole carácter profesional al quehacer disciplinar, pero al mismo tiempo le proporciona sentido humanístico, característica primordial del cuidado.

Así mismo la ciencia enfermera ha evolucionado de una manera significativa, surgiendo teorías todas ellas visiones diferentes pero enfocadas al cuidado de la persona, las cuales son cimientos para su actuar, basado en un cuerpo de conocimientos.

Sin embargo se ha observado que en los últimos años en nuestra cultura la necesidad de humanizar la salud pues se evidencia intervenciones despersonalizadas, centradas en la tecnificación de los procedimientos y el complejo sistema del mundo socio sanitario.

En sentido se necesita profesionales con competencia técnica que estén dispuestos a la búsqueda del bien de la persona estar impregnadas de valores y actitudes genuinamente humanas, a fin de brindar una salud holística tanto física, mental, emocional, espiritual y relacional o social.

Por eso el actuar enfermero de acuerdo a Watson es una relación de ayuda basada tanto en conocimientos científicos y humanísticos para establecer la armonía de la mente, cuerpo y espíritu de la persona hospitalizada.

El presente trabajo de investigación está comprendido por cuatro capítulos que se desarrollaran

Capítulo I: el cual consta de: planteamiento del problema, formulación de objetivos, justificación y limitación del estudio. Capítulo II: se divide en: bases teóricas y diseño metodológico. Capítulo III: consta de: resultados y discusión. Capítulo IV: conformado por: conclusiones, y recomendaciones y finalmente las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EI PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidado es la esencia de enfermería, el eje del ejercicio profesional, y está constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas con el objetivo de proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación ⁽¹⁾, además significa preocupación, interés por su propio cuidado y/o el de los demás.

Watson agrega que el “cuidado es una relación de ayuda auténtica entre la enfermera y el paciente, basada en una perspectiva humanística y conocimientos científicos, que incluye por ejemplo practicar el amor, la amabilidad, el ser auténtico; asistir a las necesidades humanas, estar abierto y atento a la espiritualidad lo cual conlleva a la armonía entre la mente, el cuerpo y espíritu.” ⁽²⁾ además de considerar a la persona que cuida en su totalidad, siendo la base de esta la dignidad humana, su libertad, igualdad de derechos, el hacer énfasis en la fraternidad para gozar de bienestar, paz, progreso y el respeto mutuo para la convivencia. ⁽³⁾

Es así que cuando la persona enferma, la enfermera debe hacer una buena evaluación integral a fin de identificar los problemas reales y potenciales del paciente y su familia con el objetivo de establecer un

plan de atención que conlleve a brindarle seguridad y confianza en un entorno de armonía a pesar de las circunstancias subyacentes.

Como dice Ruiz y Bernat, “el ingreso de un paciente en la unidad supone una ruptura de la unidad paciente-familia agravada por la frecuente incapacidad de la familia para recibir información y expresar sus propios deseos e inquietudes”, si a esto se le agrega el potencial déficit de comunicación con el personal asistencial, se podrían generar situaciones estresantes para el usuario-paciente y/o familia, que conllevarían a generar conflictos interpersonales afectando de manera negativa la percepción de la familia del paciente respecto al cuidado que se brinda en el servicio. Partiendo de estas premisas, se puede afirmar que las familias no son solo visitantes en el entorno de la Unidad, sino que son una extensión del paciente y experimentan el proceso de cuidado al lado de su familiar.⁽⁴⁾

Al respecto la OMS afirma que “Toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y satisfacción de los pacientes”⁽⁵⁾

Es por ello que cobra importancia el cuidado humanizado y holístico que permita lograr la calidad de la atención de los usuarios que acuden a los servicios de salud.

Si bien es cierto la enfermera se caracteriza por brindar un cuidado humanizado también es necesario precisar que existen diversos factores que pudieran incidir en ello desvirtuando la esencia del mismo, pudiendo generar conductas erróneas tratando como un caso más de tal manera que su trato y tratamiento sea impersonal como cuando se

le llama por el número de cama, no informar al paciente y/o familia sobre su tratamiento, autocuidado y otros.

Al respecto el estudio de Vania Arenas Quesquén realizado en el Hospital Daniel Alcides Carrión en el año 2012 concluyó que “la enfermera presta mayor atención a las necesidades físicas del paciente ignorando los problemas individuales y solo considera las relativas dolencias, aplicando protocolos y guías generales de atención y en la categoría apoyo emocional y empatía , es percibida como desfavorable en su gran mayoría , restando importancia y reconocimiento a la persona que requiere cuidado, enfatizando que se requiere un mejoramiento en la atención brindada por enfermería .⁽⁶⁾

Otros estudios como el de Jiménez Villegas María del Carmen en la satisfacción del usuario como indicador de calidad concluyen que la enfermera al interactuar con los pacientes no cumple con presentarse, desconocen datos personales del paciente, el cuidado que brinda carece de información, así mismo no se establece un lazo de empatía mediante la confianza y calidez necesaria en el inicio del cuidado.⁽⁷⁾

Por otro lado el código de ética del colegio de enfermeros del Perú manifiesta en el artículo 4 el “velar porque el cuidado que se brinde, se caracterice por ser eminentemente humana, oportuna, continuo, cálida y segura, considerando la individualidad de la persona a quien cuida”.⁽⁸⁾

Al respecto durante la experiencia práctica en centros hospitalarios al interactuar con la familia sobre el cuidado que brinda la enfermera a los pacientes, respondieron: “cuando solicito a la enfermera para que me ayude ella me dice un ratito se va y no regresa, cuando se les llama no

aparecen, o se les pregunte que me den una explicación y no lo hacen, en general todo el personal de medicina tienen trato regular, pero en la emergencia es el que tiene un pésimo trato cuando se les piden que me ayuden a movilizarlo, los pacientes refieren “vienen pero no preguntan cómo estoy” o si necesito algo.

Frente a ello se plantearon las siguientes interrogantes: ¿Brinda un cuidado humano la enfermera? ¿Es sencilla a la hora de tratar con el paciente, familiares? ¿Escucha al paciente de tal manera que presta atención cuando habla? , ¿Tratan bien al paciente y familia? ¿Inspiran confianza? ¿Está dispuesta a lo que necesita el paciente? ¿Buscan excelencia en el cuidado? ¿Cómo percibe el familiar el cuidado que brinda la enfermera? ¿Se comunica con el paciente con un trato deshumanizante?

1.2. Formulación del problema

Por todo lo expuesto se formula la siguiente interrogante de investigación ¿Cuál es la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado del servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015?

1.3. OBJETIVOS:

a. Objetivo general:

- Determinar la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado

b. Objetivos Específicos:

- Identificar la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en la dimensión interpersonal-social.

- Identificar la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en la dimensión emocional- espiritual.
- Identificar la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en la dimensión física
- Identificar la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en la dimensión ética

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta que los resultados de estudios realizados en el campo de la psicoterapia de Carl Rogers han mostrado como la eficacia de todo proceso terapéutico depende de la calidad de la relación entre el cliente y el profesional, que las actitudes del profesional son la segunda variable que favorece el cambio terapéutico (después de los factores asociados al mismo enfermo). Por ello se pretende que la relación del profesional de enfermería con el enfermo sea un elemento terapéutico eficaz en el proceso de asistencia y cuidado del mismo.

El cuidado es la esencia de Enfermería, y está orientado a proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. (Watson)

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea

científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos (Watson).¹ Por ello su labor no solo está orientada al paciente sino a la familia.

Debido a la deshumanización en el cuidado del paciente, causada por la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo y el uso de medios tecnológicos disociado de las relaciones personales, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.

De ahí la importancia de la humanización del cuidado que brinda la enfermera para afrontar el desequilibrio de su salud, y verla como un ser humano.⁽⁹⁾

El presente trabajo tiene como propósito brindar información válida y confiable al profesional de enfermería sobre las características del cuidado humanizado que se brinda al paciente hospitalizado desde la perspectiva del familiar, lo cual permitirá identificar los problemas para reforzar o como fuente de información para implementar estrategias para una educación permanente en enfermería.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las conclusiones del presente estudio no pueden ser generalizadas a otras poblaciones, pues solo son válidas para la población estudiada ya que presenta una realidad que pudiera ser distinta a los demás centros hospitalarios.

CAPITULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Con fines de conocer el estado actual del problema propuesto a investigar se revisó estudios en el ámbito internacional y nacional, los cuales se presentan a continuación

En El ámbito Internacional:

Valenzuela M. realizó un estudio en Alicante en marzo 2015, titulado “¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias?, cuyo objetivo general describir el concepto de humanización y de cuidado que poseen los profesionales de enfermería del servicio de urgencias y la percepción de los enfermeros que se dan en el momento de cuidado entre enfermera-paciente en los servicios de urgencias, es un estudio cualitativo con una muestra de 11 enfermeros, , en lo cual se concluyó:

” los profesionales son capaces de identificar aquellos valores, actitudes y prácticas que les permite realizar un cuidado más humanizado , sin embargo , son conscientes de que no siempre lo realizan e identifican factores y errores que interfieren encontrando en su aspecto relacional que atribuyen a la competencia relacional y en técnicas de comunicación y falta de conocimientos, además de la relación que se establece con el paciente / familia y con el equipo interdisciplinar ,y los factores deshumanizantes del trabajo como la masificación ,burocratización ,rigidez de norma”⁽¹⁰⁾

Arrieta E, Castro M, Kar E, Zambrano I, realizaron un estudio titulado” Percepción del cuidado humanizado de los cuidadores de los niños hospitalizados en el hospital infantil napoleón franco de la ciudad de Cartagena en el segundo periodo del año 2013,Colombia” ,cuyo

objetivo general fue describir la percepción del cuidado humanizado de los cuidadores de los niños hospitalizados en el Hospital Infantil Napoleón, es un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, concluyeron:

“el estudio se observa que los cuidadores en una cifra alta ve algunas veces el apoyo emocional. En el apoyo físico se observa que el 18% en el caso de brindar comodidad siempre, el 22% en el caso de que siempre brinda atención a las necesidades básicas, En las enfermeras hay características que soslayan las actitudes de ellas para con los cuidadores, en el estudio la empatía, la amabilidad, el desempeño, la claridad en la comunicación se destaca la respuesta “algunas veces” en un porcentaje alto, más o menos entre el 40 al 45% según sus características, pero también vemos en el caso de la claridad al comunicarse que el 37% de los cuidadores responde que casi siempre son claras”⁽¹¹⁾

González G, Oviedo H, Bedoya Benavides I, Dalmero N, Vergara C, realizaron un estudio titulado “Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta, 2011,” el objetivo de este trabajo es percibir el cuidado humanizado de enfermería en familiares de pacientes pediátricos, hospitalizados en una unidad de cuidado del Hospital Universitario Fernando Troconis en Santa Marta, a partir de la aplicación de la escala de percepción se planteó un estudio descriptivo transversal de diseño no experimental, orientado a identificar la percepción sobre cuidado humanizado; la población de estudio la conformaron 36 familiares de pacientes pediátricos, seleccionados por muestreo casual, o que tuvieran hijos o familiares hospitalizados en el servicio al momento de la recogida de la información y cuyas edades oscilaran entre 1 y 10 años; se hizo uso del instrumento “Percepción del comportamiento de cuidado

humanizado”, diseñado por Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana, y validado por Nadia Reyna y Elizabeth Vargas, las cuales concluyeron que :

“se evidenció una percepción medianamente favorable sobre el concepto de “cuidado humanizado” en las familias de pacientes pediátrico”⁽¹²⁾

Rivera N, Álvaro T, 2007, Colombia, realizaron un estudio titulado “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country”, el cual tuvo como objetivo describir la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado brindados por el personal de enfermería a la persona hospitalizada y a sus cuidadores familiares en la Clínica del Country , es un estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo, Con una muestra de 274 personas hospitalizadas, se evaluó la percepción de cuidado humanizado de enfermería, mediante el empleo del instrumento “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”, desarrollado por los autores de la investigación, dicho instrumento contó con la validación facial a través de la prueba de expertos las conclusiones fueron entre otras:

“Que el cuidado humanizado se percibió con los comportamientos en donde se priorizó a la persona, se reflejaron las cualidades de la enfermera, se destacaron las características de la enfermera y se atendieron los sentimientos del paciente. Los comportamientos de cuidado que fueron percibidos en menor medida por el usuario fueron la empatía, el apoyo emocional, la proactividad y la disponibilidad para la atención. Se puede observar que a pesar de ser los menos frecuentes dentro del cuidado humanizado su frecuencia es relativamente alta”⁽¹³⁾

EN EL AMBITO NACIONAL

Rodríguez A, realiza un estudio titulado “percepción del paciente ambulatorio en Terapia de hemodiálisis sobre el cuidado Humanizado de la enfermera en una Institución de salud 2014” en

Lima en el cual Los objetivos del presente trabajo fueron: Determinar la percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre las características del cuidado humanizado de la enfermera en una Institución de Salud. Es un trabajo de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo de corte transversal, a 34, concluyendo

“El nivel de percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera dio como resultado en las encuestas realizadas como medianamente favorable 55.9% (19), favorable 38.2% (13) y como medianamente desfavorable 5.9%(2) y como desfavorable 0% “. ⁽¹⁴⁾

León L, realizó un tipo de investigación titulado” percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado del a enfermera al paciente hospitalizado, UNMSM 2013 “el objetivo de esta investigación fue determinar la percepción de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado. Es una investigación de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo constituido por 322 estudiante de enfermería de la UNMSM.

Los resultados evidenciaron, que en relación a la percepción global de cuidado humanizado, el 54% de estudiantes tienen una percepción medianamente favorable, el 26% con percepción desfavorable y solo el 20% tienen una percepción favorable. Con respecto a percepción de cuidado humanizado según dimensiones, se evidencio que los estudiantes perciben como desfavorable la dimensión fenomenológica e interacción con un 41% y 40% respectivamente. La dimensión científica y el de necesidades humanas fueron percibidas como medianamente favorable con un 40% y 48% respectivamente. ⁽¹⁵⁾

Espinoza L, Huerta k, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A, 2010, realizaron un estudio titulado “El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital Es Salud Huacho. Octubre de 2010”, el cual tuvo como objetivo describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes atendidos por el profesional de enfermería en Es Salud Huacho en octubre 2010, es un estudio descriptiva tipo transversal se realizó una encuesta a 65 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, con un tiempo mayor de 24 horas de hospitalización en los servicios de medicina, obstetricia y cirugía.

“Se concluye pues, que existe una percepción muy baja del cuidado que realiza el profesional de enfermería hacia los pacientes, percepción basada en el hecho de que solo algunas veces se aplican los criterios para un cuidado humanizado, lo que evidencia una atención de baja calidad”⁽¹⁶⁾

Belu R Realizó un estudio titulado “Percepción de los usuarios y familiares sobre el cuidado humanizado que brinda las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huaraz. Julio- diciembre 2008”. Estudio aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. El objetivo fue determinar la percepción de los usuarios y familiares sobre el cuidado humanizado que brindan las enfermeras del servicio de emergencia. La población estuvo conformada por 210 pacientes y 209 familiares, utilizo la encuesta como técnica y el instrumento tipo Likert para la recolección de datos. Las conclusiones fueron:

“La percepción global de los usuarios y familiares sobre el cuidado humanizado que brindan las enfermeras del %(100) y 66.7% (140) respectivamente...resaltando los puntos de falta de trato amable, cortés y un poco indiferente en su cuidado”⁽¹⁷⁾

Todos los trabajos anteriores han permitido tener una visión más amplia sobre la realidad en otros espacios o escenarios acerca de la variable en estudio y por ende contribuyeron en la delimitación del problema, además de aportar la metodología, teoría, dimensionar el cuidado humanizado y la elaboración del instrumento.

Asimismo por medio de ello podemos obtener mayor información que diera sustento a la investigación y compara los datos encontrados en la presenta investigación.

2.1.2. BASE TEÓRICA

1. ASPECTOS TEÓRICOS CONCEPTUALES DE CUIDADO HUMANIZADO

A. DEFINCION DE CUIDADO

El verbo cuidar, en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir.” El cuidado significa además preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar, en portugués significa cautela, celo responsabilidad, preocupación. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención” para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado como “ayudar al otro a crecer y realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo”¹⁸

Deriva cuidado del latín cura. Esta palabra “es un sinónimo erudito de cuidado, usada en la traducción del texto “Ser e Tempo” (El ser y el tiempo) de Martín Heidegger. En su forma más antigua, cura en latín se escribía coera y era usada en un contexto de relación de amor y de amistad. Expresaba actitud de cuidado, de desvelo, de preocupación y de inquietud por la persona amada o por el objeto de estimación”¹⁸

Para Nel Noddings el cuidado se basa en la receptividad, quien cuida se “siente” con el otro y “recibe al otro” totalmente; es un proceso más cognoscitivo, emotivo y requiere cambios en la motivación y relación con el otro.¹⁹

Martin Buber dice:” cuidar es una forma de diálogo que surge de una disposición para ser solicitado por el otro cuidar requiere ir más allá de los actos de observar y mirar , requiere un nivel de alerta e inmersión en la situación presente , cuidar es más que una acción es una forma de ser”.¹⁹

Medina sostiene que: “Cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad... se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible... satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar”.²¹

El cuidado significa: la actitud de desvelo, de solicitud y atención para con el otro y la preocupación e intranquilidad, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta afectivamente con el otro. Esto incluye necesariamente el imperativo ético y el amor como parte de la triada biológica hacia lo social como su destino y su posibilidad de recreación y resonancia¹³, desde el punto de vista psicológico es cuando una persona hace uso de la inteligencia emocional e influencia de manera motivadora en las personas de su entorno, por ejemplo en el toque terapéutico y en el cuidado mismo, porque hay un intercambio de energía entre el cuidador y el ser cuidado, sobre todo cuando este se realiza con un enfoque holístico.

Además menciona que el cuidado sobrepasa toda existencia humana, y produce resonancias en diversas actitudes importantes. El cuidado acompañado de sus resonancias es el artesano de nuestra humanidad. Es así como el cuidado produce resonancias tales como: la caricia la ternura la cordialidad la compasión y la justa medida entre otros.²⁰

B. CUIDADO HUMANIZADO

La humanización es un proceso mediante el cual se adquieren rasgos típicos del ser humano, desde el punto de vista biológico, espiritual, racional y social. Humanización del cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada individuo, a través de un vínculo.²¹

La esencia de cuidado humanizado se basa en las relaciones interpersonales. De acuerdo a Hildegart E. Peplau hace referencia: una relación humana se establece entre una persona que requiere ayuda y un enfermero formado para reconocer sus necesidades (biológicas,

psicológica, espirituales, sociales y conductual) responder terapéuticamente.²²

El cuidado humano, en la perspectiva de **Waldow (1999)** sin duda alguna, esta imbuida de valores, los cuales independientemente del enfoque, la paz, la libertad, el respeto y el amor entre otros aspectos hacen parte de él.²³

El cuidado de enfermería al igual que el cuidado humano produce resonancias que influyen de manera motivadora en las personas que participan del cuidado pudiendo apreciarse resonancias de amor, caricia, ternura y compasión, entre otros. **Boff (2004)** propone que la práctica de las resonancias del cuidado es humanizar el cuidado, por lo que es indispensable concretizarlas en el proceso de cuidar.²⁴

El cuidado del ser humano es la esencia de la práctica de enfermería, para Watson el objetivo de la enfermería consiste en “facilitar la consecución de la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, auto curación que aliente un aumento de la diversidad, protección, reservando o rescatando la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor.”, lo que implica llegar a la esencia de la interacción con el otro.

En ese sentido las actitudes propias de la relación de ayuda, según la psicología de Carl Rogers, sería la empatía, la autenticidad o congruencia y la aceptación incondicional, cordialidad o calor humano.

R.R Carkhuff, añadió el planteamiento de estas otras actitudes como la concreción, la inmediatez, la autor revelación y la confrontación, que a

nosotros nos gusta ver como destrezas derivadas de las tres actitudes fundamentales propuestas por Rogers.

Entonces se entiende por cuidado humano como; “ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tiene consecuencias importantes para la civilización humana” Partiendo de esta definición el cuidado humano, es aquel que involucra, la vocación, los conocimientos, espiritualidad, responsabilidad, moral, ética y nuestra esencia como congéneres, para asistir a cada persona. El cuidado humano es holístico, por tal razón al momento de brindarlos, se debe considerar cada persona con problemas de salud individualmente, dado que, todos no tienen las mismas necesidades, dolencias, intereses, credos, cultura, entre otros. ²¹

C.TEORIAS DE CUIDADO HUMANIZADO

Existe diferentes teorías relacionadas con el cuidado humano, entre los principales estudiosos del tema se encuentra: Watson.

Además se tomó en cuenta los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería del estudio cualitativo percepción de comportamiento del cuidado humanizado tomado del libro del arte y ciencia en el cuidado de enfermería.

C.1.Teoría de cuidado humanizado de Jean Watson

La teoría de cuidado humanizado de Watson ha servido de inspiración a muchos autores que han visto la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas del quehacer enfermero, gestión, asistencia, formación, docencia e investigación⁸. Se apoya en gran medida en las ciencias y las humanidades ofreciendo un enfoque

filosófico (existencial-fenomenológico) y con base espiritual y ve el cuidado como idea moral y ético. La cual esta soportada en el trabajo en las teóricas de enfermería como Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Peplau, Rogers y Newman y la obra de Gadow, una enfermera filósofa y ética sanitaria; filósofos como Carl Rogers, Maslow, Heidegger, Erickson, Hegel, Kierkegaard y el psiquiatra Yalom (10 factores curativos 1975), atribuye el énfasis de la teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961).²⁵

La base teórica de Watson es la práctica enfermera en los siguientes 10 factores de cuidado. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que abarca la enfermería. Los tres primeros factores sirven “como fundamento filosófico para la ciencia del cuidado. A medida que las ideas y los valores de Watson han evolucionado, ha trasladado los 10 factores de cuidados a los procesos *caritas*. Los procesos caritas incluyen una dimensión decididamente espiritual y una evocación manifiesta el amor y al cuidado.”²⁵

Factores de Cuidados o elementos del cuidado:

1. Formación de un sistema de valores humanístico-altruista.

Los valores humanísticos y altruistas se forman pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de enfermeras-educadoras. Este factor se puede definir como una satisfacción a través del cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo. Práctica afectuosa, amable y ecuánime dentro del contexto consciente del cuidado.

2. Inculcación de la fe y esperanza, en donde los cuidados se transforman en una presencia auténtica que permite y sostiene

el sistema profundo de creencias, tanto del que cuida, como del ser que es cuidado. Es necesario volver la mirada hacia los aspectos ancestrales del cuidado, en donde adquieren importancia la fe y la esperanza en las creencias que el ser humano sustenta tanto para su salud como para su curación, destacando que lo primero, a lo que el hombre recurrió en la antigüedad fue a la magia, religión, encantamientos y rezos; y en segundo lugar, a la medicina. Actualmente, cuando la medicina no da resultados para la curación, el paciente busca medicinas alternativas y creencias que le permitan mantener su fe y esperanza en la curación. Es tan importante para el ser humano creer y tener esperanza, que se ha visto en ocasiones que, con placebos y sin tratamiento médico, han logrado curación o al menos bienestar en su vida. Es la presencia auténtica que permite y contempla el sistema profundo de creencias y el mundo subjetivo del cuidador y de la persona cuidada.

- 3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás,** el ejercicio de las propias prácticas espirituales y transpersonales yendo más allá de uno mismo .El reconocimiento de los sentimiento lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más auténtico y sensibles hacia los demás.
- 4. Desarrollo de una relación de ayuda- confianza.** Entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como negativos. Implica coherencia, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La

acogida no posesiva se manifiesta como un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. la comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales (Watson, 1979).

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás. Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un “estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”. Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son “una ventana por la cual se visualiza el alma”. Es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la misma información son bastante diferentes, esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo, por ejemplo, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado

- 6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.** . Es el uso de procesos creativos para la solución de problemas que fomenta la sanación humanitaria.
- 7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal.** Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal.
- 8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo a nivel mental, físico, sociocultural y espiritual, potenciando el confort, la dignidad y la paz.** Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables. Apoyo físico.
- 9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.** La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos

de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La autoactualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal.

10. Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas. La fenomenolog3a describe los datos de la situaci3n inmediata que ayudan a la gente a comprender los fen3menos en cuesti3n. La psicolog3a existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los an3lisis fenomenol3gicos. Watson considera este factor es dif3cil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensi3n de uno mismo y de los dem3s. Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir m3s all3 de los 10 factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el 3rea de promoci3n de la salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza ense1ando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo apoyo situacional, ense1ando m3todos de resoluci3n de problemas reconociendo las capacidades de superaci3n y la adaptaci3n a la p3rdida. Abrirse y atender a las dimensiones espiritual – misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar del alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado

Premisas del cuidado humano

- premisa 1.” El cuidado (y la enfermer3a) han existido en las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a trav3s de la cultura de la profesi3n como una forma 3nica de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermera(os)

de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermera combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

- Premisa 2.”la claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.
- Premisa 3.” El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. si desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

D. DIMENSIONES DEL SER HUMANO

1. DIMENSIÓN FÍSICA²⁶

Está relacionada a la corporeidad es el elemento esencial de nuestra persona. Los aspectos físicos – genéticos, hormonales, relacionados con el aspecto exterior (estatura, peso, edad, tono de voz, gestualidad, color de la piel y los ojos)- nos caracterizan profundamente. De acuerdo con Watson son dos elementos asistenciales importantes: la **asistencia a la satisfacción de las necesidades** humanas, y la **provisión de un entorno seguro** de apoyo de protección y /o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.

2. DIMENSIÓN INTERPERSONAL Y SOCIAL²⁷

Esta dimensión del hombre es algo muy importante ya que se mira como el sostiene sus relaciones interpersonales teniendo en cuenta varios aspectos como lo son la simpatía, la apatía y la empatía que esto es lo que nos ayuda a relacionarnos con las personas y a la misma vez a conservar mucha gente durante el resto de nuestra vida.

Siendo el pilar para una relación interpersonal la empatía, esta es definida como la identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro. Hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), el enfermero genera la facilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión.

-escuchar: esto significa mediante el contacto visual centrado en el habla, postura relajada, brazos a lados del cuerpo y manos abiertas, suspender la actividad que pueda distraernos.

Con una actitud interna: observar los movimientos del cuerpo, los gestos y expresiones de la persona que nos habla, atender el tono y el volumen de la voz del interlocutor, realizar preguntas concretas y sin ser inquisitivos, no pienses en otras personas ni vayas planificando tu respuesta, busca un interés sincero por lo que el otro me cuenta.

-comprender sentimientos: decodificando el mensaje en lo emocional, en el contenido explicativo y en las demandas y necesidades que se desprenden del mismo

Por otro lado el hombre por instinto tuvo que comunicarse, surgió como una necesidad que sigue en la actualidad y que es imaginable sobrevivir en un planeta con tanta diversidad de etnias, culturas, idiomas, costumbres como para darnos el lujo de hacer cada uno lo que quiere. Es decir, es la capacidad de comunicación del hombre con los demás teniendo normas como la autenticidad, espontaneidad con los demás y un buen ambiente social. A lo que Watson refiere en su premisa 3 que el grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado.

Todas las personas tenemos un encanto personal vaya haciendo cambios pequeños pero para bien proyectando así su personalidad, como lo es lo atractivo y el buen gusto.

La cordialidad, bondad, afabilidad, gentileza traducida de manera verbal y no verbal mediante el lenguaje del rostro mediante una sonrisa resplandeciente sincera y que denote sabiduría les genera a los demás confianza como lo es también muy importante tener una tono de voz natural cultivada y agradable.

Además de ello otra característica social está la proactividad denota anticipación para darle información precisa y oportuna al paciente y su familia a lo que Watson refiere que la promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal es un concepto importante de la enfermería, dado que separa el cuidado de la curación, considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando al paciente los cambios personales que ha de realizar para promocionar su salud, enseñándoles métodos de resolución de problemas e identificando la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas.²⁸

-Dar explicación oportuna: expresando de forma clara y detallada a fin que sea comprensible antes del tiempo señalado para mejorar la relación de ayuda.

-Explicar procedimientos: dar a conocer actividades los cuales estará sometido de forma detallada.

-Dar información a la familia: poner a disposición conocimiento sobre los cuidados que requiere y enseñar a los pacientes, familiares promoviendo de esta manera acciones preventivas de acuerdo a la situación clínica.

-Atención oportuna. Se refiere a que el paciente reciba la atención en el momento en que lo requiere de acuerdo a la situación clínica.³⁰

-Ir más allá de la atención: involucrar a la familia

Otra característica social es la disponibilidad o disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado para la atención hace los comportamientos involucran en una relación transpersonal que corresponde proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior, _disposición que tiene el enfermero(a) para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Cuando dispuso de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado.²⁸

-Estar pendiente de las necesidades: constante y perseverante en los cuidados que las enfermeras planean con anterioridad teniendo en cuenta las escaseces del paciente con el fin de prevenir complicaciones.²⁰

-Estar pendiente de cómo se siente: cualidad de la enfermera en vigilancia permanente de la necesidad a la respuesta continuada de su cuerpo a tu diálogo interno.²⁹

-Acudir con rapidez: se presenta la enfermera de manera inmediata porque observa que tiene una necesidad.²⁹

-Acudir al llamado: se presenta cuando la nombran.²⁹

Importante en el crecimiento del ser humano y la relación con su entorno, verse sentirse bien, son algunos de los elementos que permiten que el hombre este en armonía con las personas que lo rodean, hablar en el momento oportuno, participar con propiedad en los temas de interés, desenvolverse en la sociedad con tolerancia, respeto, unidad y solidaridad comprometen al ser humano con el desarrollo no solo a nivel social sino productivamente.

3. DIMENSIÓN EMOCIONAL – ESPIRITUAL

Es el conjunto de posibilidades que tiene la persona de relacionarse consigo mismo y con los demás; de manifestar sus sentimientos, emociones y con miras a construirse como ser social. Capaz de amarse y expresar el amor en sus relaciones interpersonales. Dando la posibilidad que tiene el ser humano de trascender ir más allá de su existencia para ponerse en contacto con las demás y con el otro con el fin de dar sentido a su propia vida.³¹

Apoyo percibido en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través del trato amistoso, calor humano que da comodidad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar en el paciente. A lo que Watson refiere la relación de ayuda – confianza.

-dar aliento: animo o ayuda moral al paciente en todo momento de su hospitalización.

-dar buen trato: demostración de afecto y sentimientos de afecto, amor, amabilidad, dulzura, bondad, delicadeza o suavidad durante la atención que se brinda al paciente.

-acompañar en los procedimientos: apoyar o estar con el paciente en alguna acción a realizarse para subsanar su estado de salud.

-dar confianza: consiste en establecer relaciones positivas con el paciente o sus familiares que los cuidan; permitiendo que el paciente pueda revelar sentimientos y pensamientos al enfermero.

-alegrar: significa infundir vigor y energía anímica, entusiasmo en los momentos de abatimiento, al paciente y familia.

-dar tranquilidad: procurar que el paciente y su familia recobre el sosiego a través del cariño y demostrar la preocupación por el estado de salud del paciente.

-hacer sentir bien: producir bienestar mental y físico mediante el dialogo, alturado, empático y oportuno.

-tomar de la mano: es brindar apoyo táctil como una demostración de afecto de seguridad para el paciente y su familia.

-coordina ayuda religiosa:

4. DIMENSION ETICA:

Los valores –que tienen fundamentalmente un carácter histórico- son también ideas y estímulos que actúan como normas, objetivos o ideales y determinan las decisiones y el comportamiento concreto en situaciones concretas. El ser humano tiene la posibilidad de tomar decisiones autónomas, asumiendo flexivamente los principios y valores. De esta forma el enfermero reconoce y respeta los valores, reconocer a la personal su autonomía en las decisiones del paciente y respetando su identidad (llamándolo por el nombre), y reconocer su valor y su intimidad, por lo cual consideramos algunos indicadores como:

-respeto valores y decisión del paciente

-preocupa por el paciente: ocupa el pensamiento dedicando atención y cuidados

-lo llama por el nombre: reconocer a la persona como un ser individualizado

-respeto intimidad: parte reservada o más particular de los pensamientos, o afectos de una persona

E. DEFINICIÓN DE DESHUMANIZACIÓN

La deshumanización es la pérdida de atributos y la dignidad en el contexto de las relaciones del profesional de salud con el paciente habiendo una pobreza comunicativa –afectiva desplegada en las relaciones interpersonales.

Una las causas de deshumanización se encenraría en la tecnología. Como señalan Barnard y Sandelowski: “la enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medios ambientes tecnológicos se ve entonces, por el trato a los pacientes como extensiones de la maquinaria, no como lo que son, usuarios y beneficiarios de la misma.

Como explica Bermejo (2003), en el ámbito clínico, es plausible que el principal elemento deshumanizador del cuidado, sea el aumento de las relaciones funcionales más que personales. En general, para lograr la atención humanizada en medios tecnológicos, se requiere que la utilización de instrumentos y técnicas en los cuidados de enfermería, no se disocie del soporte de la relación interpersonal.

Otros causas lo que ocurre en el complejo mundo sanitario debido a la masificación y despersonalización, la súper-especialización el trabajo de los profesionales sanitarios, los criterios mercantilistas y la negación del sufrimiento.³²

2. ROL DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO Y FAMILIA

El Profesional de Enfermería cumple su rol gerencial a través de este planea, organiza, motiva, ejecuta y evalúa el cuidado de enfermería y buscan estrategias de mejoramiento continuo en bien del paciente que se encuentra internado basados en un modelo conceptual de enfermería a través de las siguientes funciones asistencial, administrativa y educativa.

En el apoyo de las actividades cotidianas debido a su condición vulnerable; así mismo se requiere extender el cuidado hacia sus familiares, quienes muchas veces también se ven afectados ante las situaciones de salud.

El cuidado profesional de enfermería conlleva una serie de repercusiones positivas tanto para los pacientes como para los mismos profesionales de enfermería así como para las instituciones donde se presta el servicio, de aquí la gran importancia de brindar un cuidado profesionalizado de enfermería.

En los pacientes: recibir una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente; eliminar o reducir las molestias que se pudieran provocar por actividades de enfermería; mejorar la comunicación y relación enfermera-paciente; que el paciente se encuentre mejor informado para la toma de decisiones sobre su salud; menor alteración en su economía por los costos; mínima estancia hospitalaria; incremento en la satisfacción de la atención.³³

A los profesionales de enfermería: una práctica profesional competente y responsable; potenciación de la capacidad de decisión y autocontrol sobre el trabajo; toma de conciencia y compromiso con el cambio; proyección positiva de autoimagen e imagen pública; fortalecimiento

del sentido de identidad y pertenencia hacia la profesión; incremento en la satisfacción profesional laboral.

A la institución: incremento en la satisfacción del usuario; certificación hospitalaria; fortalecimiento de la imagen institucional ante la sociedad.

3. ROL DEL FAMILIAR COMO CUIDADOR PRINCIPAL

La familia está considerada como un grupo natural con historia propia

Cuando un miembro de la familia enferma toda la familia entra en crisis, porque en ellos ocurre lo mismo que los vasos comunicantes (lo que afecta a uno, afecta a todos), ya que entre sus miembros existe un estrecha interrelación emocional.³⁴

Tiene un papel insustituible al lado de su enfermo ya que lo ayuda a mantener en contacto con el exterior del hospital, es motivo y apoyo para el paciente en su lucha contra todas las formas de su enfermedad, puede defender al paciente ante los casos de deshumanización o de inadecuado profesional , puede conocer como nadie el día a día del paciente y su aportación será importante para la evaluación de la terapia , puede colaborar en la atención directa al paciente , acompañarlo continuamente porque para el enfermo es importante permanecer juntos durante el periodo de la enfermedad ; por todo esto la familia merecería a ser considerada como un miembro del equipo de salud , pero esta actitud no se verifica en la práctica asistencial.²⁶

Desafortunadamente no siempre están preparada para asumir esta tarea, incluso a veces se niega o dificulta el proceso de sanación desatendiéndolo, en este caso la enfermera tiene que desempeñar un rol ayudante con actitud como la comprensión y favoreciendo el acercamiento de los familiares a su enfermo y la reconciliación con la situación de enfermedad que viven, con la educación dando

información, orientación, para vencer la inseguridad o dificultad para cuidar a su enfermo.

La relación de ayuda a la familia tiene dos objetivos ayudar a la familia a ayudar a su enfermo y ayudar a la familia que sufre.

La percepción del familiar es muy importante acerca del rol de la enfermera porque a través de ella se puede plantear estrategias de mejora y /o reforzamiento de los procesos educativos que brinda la enfermera en un servicio

4. GENERALIDADES DE PERCEPCION

La percepción es un proceso mental que nos permite formar representaciones mentales, conceptos, opiniones, impresiones (puede ser favorable, desfavorable o neutral), sentimientos acerca de un individuo, objeto, fenómeno; mediante la selección y organización de estímulos del ambiente para proporcionar experiencias significativas a quien los experimenta. La percepción incluye la búsqueda, la obtención y el procesamiento de información.

Las personas reciben estímulos del ambiente es a través de los cinco sentidos gusto, olfato oído, vista y tacto. El proceso de selección de una persona comprende tanto factores externos como internos, filtrando las percepciones sensoriales y determinando cual recibirá la mayor atención. Después, la persona organiza los estímulos seleccionados en patrones significativos, la interpretación de una persona de los estímulos sensoriales que recibe, conducirá una

respuesta, sea manifiesta (acciones) o encubierta (motivación, actitudes y sentimientos) o ambas.

La percepción es cómo se interpreta y se entiende la información que se ha recibido a través de los sentidos. La percepción involucra la decodificación cerebral y el encontrar algún sentido a la información que se está recibiendo, de forma que pueda operarse con ella o almacenarse. “El acto de percibir es el resultado de reunir y coordinar los datos que nos suministran los sentidos externos (sensaciones).

Elementos de la percepción

En toda percepción concurren una serie de eventos y datos dispares que necesitan ser estructurados para poder obtener una información del mundo de fuera. Entre estos datos y elementos distinguiremos 3 principales:

RECEPCIÓN SENSORIAL: La base de la percepción es la recepción proveniente de los sentidos. Sin sensación es imposible cualquier tipo de percepción. Las sensaciones no nos llegan nunca aisladas, ni siquiera con la misma intensidad y siempre se da un proceso de selección de las mismas.

LA ESTRUCTURACIÓN SIMBÓLICA: La percepción va siempre ligada a una representación, a un concepto o a una significación; al escuchar un sonido de un avión, por ejemplo, representamos su configuración por las experiencias vividas anteriormente.

LOS ELEMENTOS EMOCIONALES: Es posible que muchos de nuestras percepciones nos dejen indiferentes pero la mayoría de ellas van íntimamente ligadas a procesos emocionales propios que generan emociones agradables o desagradables

2.1.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- ✓ Percepción: Es toda aquella información, expresión o respuesta emitida por el familiar del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera
- ✓ Cuidado Humanizado: Son las acciones o conjunto de comportamientos que realizan los enfermeros al proveer cuidados al paciente hospitalizado mediante una relación humana para reconocer sus necesidades (físicas, espirituales, interpersonales y social) y responder terapéuticamente.
- ✓ Dimensión interpersonal: son las características que se desarrollan entre los individuos y se mantienen en contacto frecuente, empatía, actividades que denotan anticipación como dar explicación en los procedimientos, dar información anticipada a la familia; empatía actitudes positivas que surge en la interacción como comprensión de sentimientos; disponibilidad de atención como estar pendiente a las necesidades del paciente, y acudir al llamado entre otros.
- ✓ Dimensión social: referida a las características de la enfermero respecto a : cordialidad , amabilidad , claridad ;
- ✓ Dimensión apoyo emocional –espiritual : refiere que el cuidado de enfermería se da en la interacción: dar aliento, acompañar al paciente en los procedimientos, dar confianza, alegrar, trato amistoso, tranquilidad, hacer sentir bien y tomar de la mano referida a las características de la enfermera respecto a las actitudes durante el cuidado del paciente.
- ✓ Dimensión físico: referida a las características de la enfermera respecto a las actitudes durante el cuidado del paciente como, mirar al paciente, cubrir necesidades.

- ✓ Dimensión ética: referida a las características como llamándolo por su nombre ,respetando su intimidad , respetando la decisión del paciente

2.1.4. FORMULACION DE HIPOTESIS:

H_i: “Los familiares tienen una percepción desfavorable sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado”

2.1.5. VARIABLES

La presente investigación tiene como variable de estudios “percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado “es:

Tipo de variable: cualitativa.

2.2 DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo cuantitativo, ya que la variable es susceptible a ser medida. Es de nivel aplicativo porque permiten mejorar los resultados de la variable de estudio, el método es descriptivo de corte transversal ya que describe la variable tal cual se comporta, en un determinado periodo de tiempo en los meses de setiembre a octubre 2015.

2.2.2POBLACIÓN

La población estuvo constituido por 30 familiares, de los pacientes hospitalizados del pabellón San Toribio del HNMD durante el mes de setiembre del 2015 que respondieron a criterios de inclusión, exclusión.

2.2.3 MUESTRA

La muestra fue obtenida mediante un muestreo probabilístico, con un nivel de confianza del 95% y un error del (0.05), obteniendo como muestra a un total de 30 pacientes. (Ver anexo)

2.2.4 CRITERIOS DE INCLUSION

Familiares de los pacientes (papá, mamá, cónyuge o hijos o nietos) que hayan visitado por lo menos 3 veces al paciente durante el último mes.

Que sean mayores de 18 años

Que acepten participar en el estudio

Firmen el consentimiento informado

2.2.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

Patientes lejanos.

Familiares que se nieguen a llenar la encuesta.

Que tengan problemas psiquiátricos

Que sea la primera o segunda vez que lo visita.

2.2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para obtener la información se realizó entrevistas y se utilizó como instrumento una escala tipo Likert modificada (escala psicométrica) con el objetivo de identificar la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera.

El instrumento consta de una introducción, instrucciones, datos generales, y datos específicos, con preguntas cerradas de opción múltiple. (Ver anexo “D”).

2.2.7 PLAN DE RECOLECCION Y ANÁLISIS ESTADISTICOS DE DATOS

- Se presentó una solicitud orientada por la EAPE, dirigida al director del hospital, adjuntando el proyecto con el objetivo de obtener permiso sin ninguna restricción de ingreso, (Ver anexo “G”)

-Luego se coordinó con la jefa del servicio de medicina del Pabellón Santo Toribio con el objeto de dar a conocer el cronograma y explicar cómo va a ser el para el recojo de datos

-se abordó individualmente mediante una entrevista y se preguntara quien de los familiares viene más seguido y proceder a entregarle la encuesta al familiar de acuerdo a los criterios de inclusión, el inicio será a las dos de la tarde hasta las cuatro de la tarde. Siendo el promedio de cada entrevista 25 minutos aproximadamente. (Ver anexo “F”)

- Luego de terminar con la recolección de datos fueron procesados de manera manual, mediante una hoja de códigos (ver anexo “B”), así una matriz tripartita con la sumatoria y promedio, para luego trasladarlos a cuadros estadísticos, en los cuales se determina como valor final: favorable y desfavorable.

El procesamiento de datos en una matriz tripartita, la cual fue codificada según la escala de Likert los ítems positivos y negativos.

ítems	Siempre	Casi siempre	Alguna veces	nunca
Positivo	4	3	2	1
negativo	1	2	3	4

Los resultados fueron presentados en gráficos para su análisis e interpretación

Luego de la recolección, procesamiento y presentación de la información se llevó a cabo el análisis de los mismos, fundamentado en los antecedentes y la base teórica constituida para el estudio y orientada en base a los objetivos del estudio, y se realizara e interpretará considerando el marco teórico y aportando juicio crítico.

2.2.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento elaborado será sometido a 8 jueces expertos en el área de investigación cuidado humanizado para evaluar la validez de la misma, posteriormente se aplicará la prueba binomial.

2.2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dentro de las consideraciones éticas se tuvo en cuenta la autorización de la institución de salud. El cual se respetara y protegerá a las personas que participaran en la investigación aplicando los principios bioéticos: autonomía, se respetara la decisión; beneficencia, no maleficencia y justicia.

Así como el consentimiento informado escrito y otorgado a los familiares de los pacientes hospitalizados que acuden a los servicios de medicina y que participaran de la encuesta, respetando los criterios de inclusión y exclusión. Así mismo respetando la confidencialidad de los datos de la institución, personal de salud y de los familiares de los pacientes hospitalizados.

El cual el participante de la investigación consiente de manera voluntaria donde puede rechazar o abandonar la participación. Para

que un paciente sea exhibido en una actividad académica el en cargado debe contar con el consentimiento informado del paciente o la persona de estudio.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de la recolección de datos se procedió al procesamiento y la obtención de datos que a continuación se detalla:

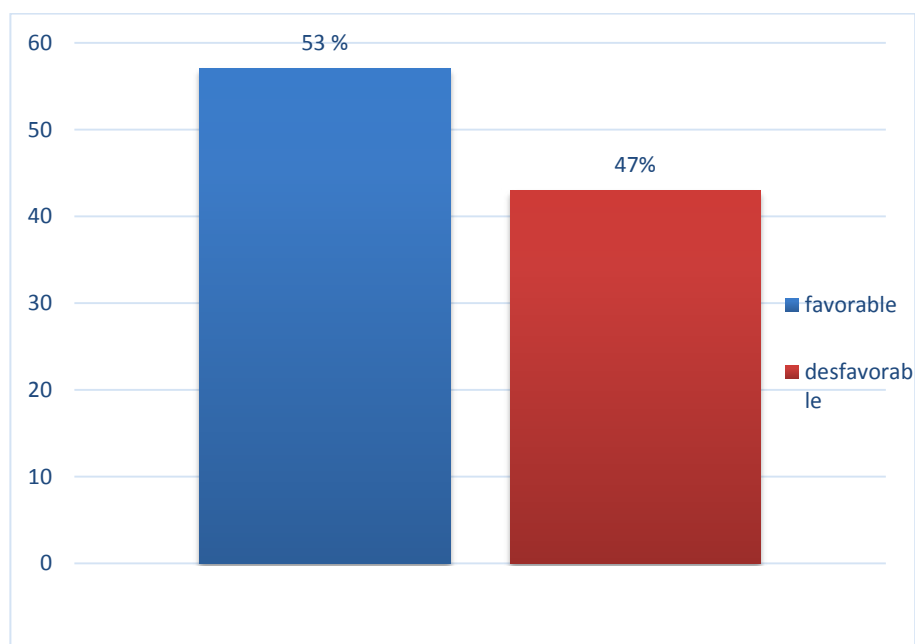
A.DATOS GENERALES

- En relación a los datos generales de la población se tiene que de un total del 100% (30) familiares encuestados, la gran mayoría son de sexo femenino (87%)(Ver anexo “H”) y se encuentran en la etapa de la adultez madura es decir entre los 30 a 59 años de edad (57%),ver anexo “I”)
- Con respecto al parentesco, 26% corresponde a la pareja ,23% son los hijos, y el resto son hermanos, mamá y otros respectivamente (Ver anexo “ J”)
- En cuanto a la enfermedad se encontró que el 57% de los pacientes tiene una enfermedad crónica.(Ver anexo “K”)
- Respecto a los días de hospitalización de los pacientes una gran mayoría 60% está entre 2 a 7 días de hospitalización, y un 33%(19), entre 8 a 25 días (ver anexo “L”) , y en cuanto al tiempo de permanencia del familiar con el paciente, tomando en cuenta que un turno dura 6 horas, se encontró que un

67%(20) está presente entre 3-10 turnos, 20%(6) de 11- 20 turnos, 7%(2) de 21 – 30 turnos, y un 3%(a) para los turnos de 41-50 y 51 a más respectivamente.(ver anexo “M”)

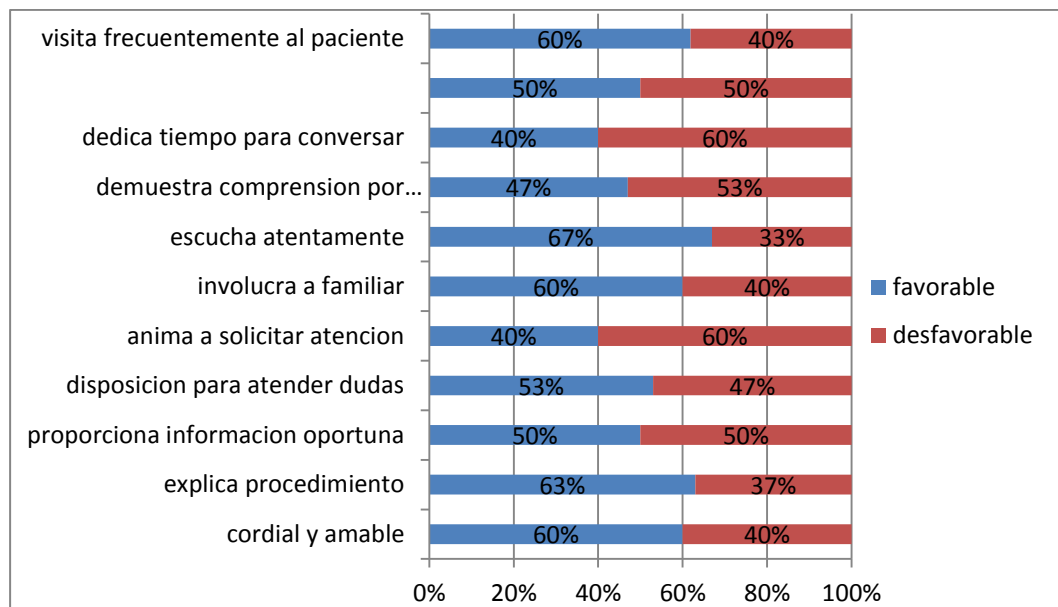
B. DATOS ESPECIFICOS

GRÁFICO 1
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO
QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN
EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL
DOS DE MAYO
LIMA –PERÚ
2015



En el Gráfico 1, respecto a la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado, se observa que del 100% (30) de encuestados, el 53%(16) tienen una percepción favorable y 47%(14) una percepción desfavorable.

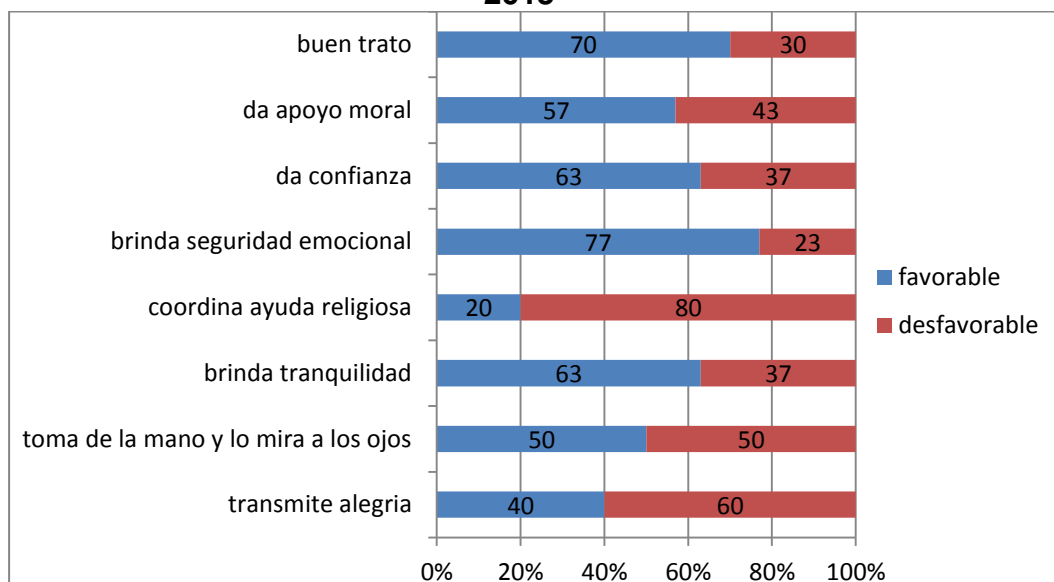
GRÁFICO 2
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO
QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE HOSPITALIZADO
SEGUN DIMENSION INTERPERSONAL SOCIAL EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO
LIMA –PERÚ
2015



En el gráfico 2, respecto a la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado según dimensión interpersonal social, se observa que de un total de 30 (100%) familiares encuestados, la percepción global es favorable con un 53%, un 67%(21) perciben que la enfermera “escucha atentamente”, 63%(19) en promedio tienen una percepción favorable respecto a que la enfermera “explica procedimiento los procedimientos al paciente”, 60%(19) en promedio tiene una percepción favorable respecto a que la enfermera “”, “involucra a la familia, “realiza visitas periódicas al paciente “y es “cordial y amable”, un 53%(16) percibe favorablemente “disposición de la enfermera para atender dudas, pero

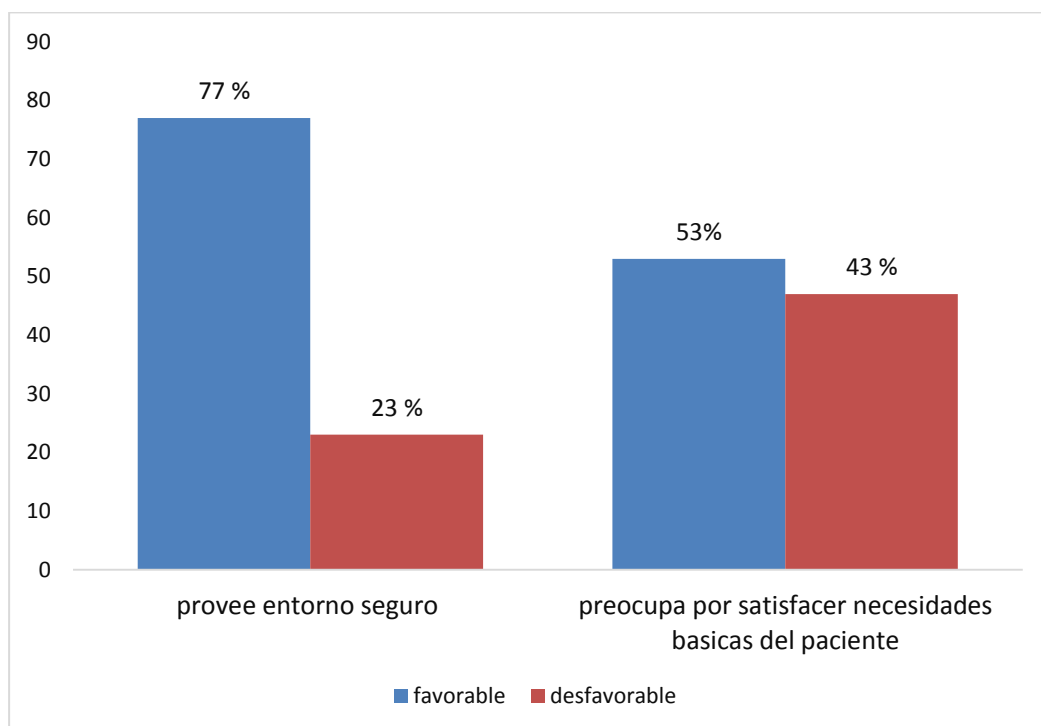
también un 50%(15) percibe que la “enfermera no se interesa por solucionar los problemas del paciente”, así como “proporcionar información oportuna “,sin embargo se puede observar que un 60% percibe que la enfermera no “ anima al paciente o familia a solicitar atención” y “no dedica tiempo para conversar con el familiar o paciente ”. así mismo un 53% no demuestra comprensión por los sentimientos.

GRÁFICO 3
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO
QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN
LA DIMENSIÓN EMOCIONAL ESPIRITUAL EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO
LIMA –PERÚ
2015



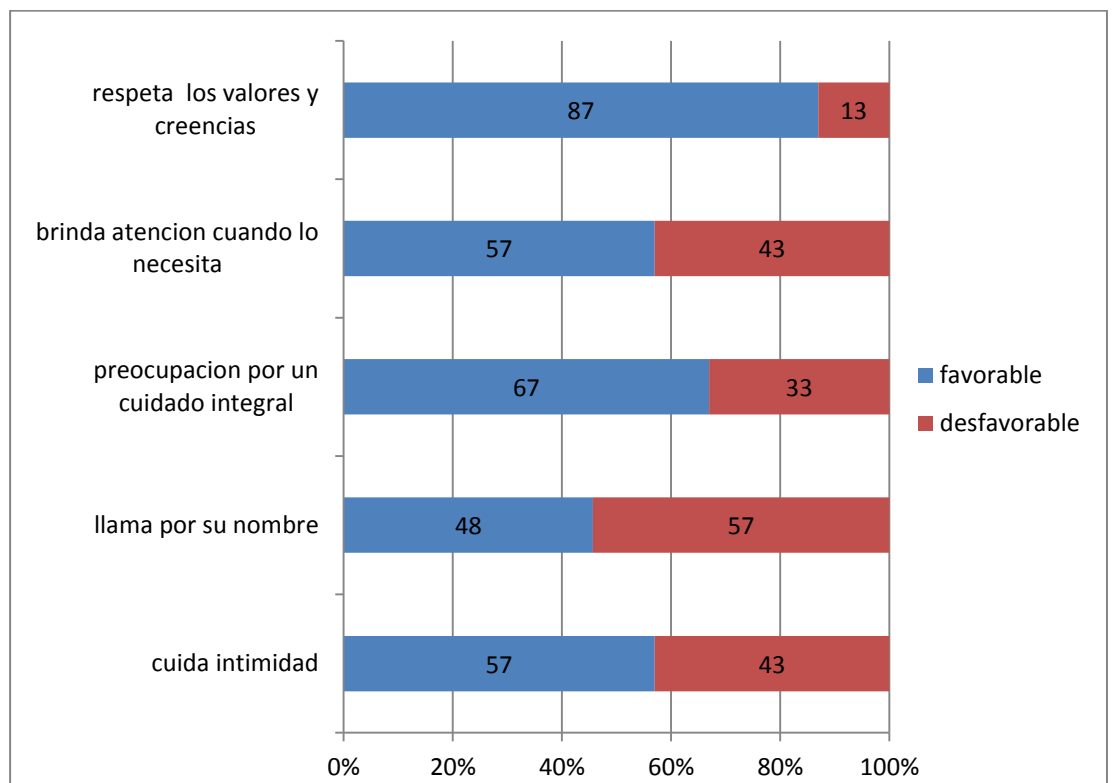
En el gráfico 3, respecto a la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en la dimensión apoyo emocional y espiritual, se observa que de un total de 30(100%) familiares encuestados ,77% (23) tienen una percepción favorable con respecto a que la enfermera “brinda seguridad emocional al paciente, un 70%(21) “buen trato” , 63% “brinda tranquilidad”, “da o inspira confianza”, un 57%(18) percibe que la enfermera da apoyo moral , sin embargo también se observa que un 50% (15) “toma de la mano al paciente y le mira a los ojos cuando habla con él” , , un 67% (17) percibe que la enfermera no transmite alegría y el 80% (25) percibe que la enfermera no coordina ayuda religiosa con los familiares según la creencia del paciente”.

GRÁFICO 4
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO
QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN
LA DIMENSIÓN FÍSICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIMA –PERÚ
2015



En el gráfico 4, respecto a la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en la dimensión física, se observa que de un total de 30 (100%) familiares encuestados, 53% tiene una percepción favorable respecto a que la enfermera se preocupa por la satisfacción de las necesidades básicas del paciente (alimentación ,eliminación, aseo) y el 77% percibe que la enfermera se preocupa por proveer un entorno seguro para el paciente.

GRÁFICO 5
PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO
QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN
LA DIMENSIÓN ETICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIMA –PERÚ
2015



En el gráfico 5, respecto a la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en la dimensión ética, se observa que de un total de 30 (100%) familiares encuestados un 87% (26) percibe que la enfermera respeta los valores y creencias del paciente, un 67% se preocupa por brindar cuidado integral, 57% percibe que la enfermera brinda atención cuando lo necesita el paciente y se preocupa por cuidar la intimidad del paciente y el 57% percibe como desfavorable que la enfermera no le llame por su nombre al paciente.

B Discusión

La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.

Enfermería como profesión, tiene como eje central el cuidado es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo del ser humano realiza para proteger, mejorar y preservar la humanidad.

En este sentido el cuidado humanizado está orientado a la ejecución de diferentes actividades por parte de la enfermera en la búsqueda de un mayor grado de armonía en la mente, cuerpo y alma a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador¹. El cuidado constituida por acciones transpersonales para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. (Watson)¹

Sin embargo las institucionales hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, por ello reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado, de esta forma el cuidado holístico se ve dificultado por las múltiples tareas delegados de tipo biomédica quedando relegado las acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana denominado por Watson cuidado transpersonal, dichas acciones valorizadas por los usuarios .

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, así Watson refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, por tanto el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. Debe basarse en la reciprocidad y tener una calidad única y auténtica, por ello la enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos (Watson)¹

Según Poblete un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios al observar la enfermería desde el área asistencial, algunos autores indican: “Es difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar en las instituciones públicas de salud, en donde parecen invisibilizarse los cuidados de enfermería por las labores biomédicas, pero deben mantener aún entonces las virtudes de comunicarse con el otro, ayudarlo y sostenerlo en esta difícil etapa de su vida tanto al paciente como a su familia”¹

El trabajar con un paciente que no se comunica verbalmente, como lo es el paciente de una unidad crítica, requiere más humanismo ya que es un ser en desventaja, desvalido que no pierde su condición de persona. Es por ello que la enfermera necesita aptitudes, actitudes y conocimientos necesarios para abordar humanitariamente a estos pacientes.

Si bien es cierto el objeto de atención de la enfermera es el paciente a nivel asistencial también se ve involucrada la familia, la cual es

considerada como un agente fundamental de la atención identificándose y otorgándoles cuidados holísticos.

Cuando la enfermera adopta una actitud cálida, de respeto, comprensión y empatía (enfoque de relación de ayuda) brinda una atención integral y logra disminuir la ansiedad de los familiares y de los pacientes.

La relación de ayuda de la enfermera tiene dos objetivos ayudar al paciente y ayudar a la familia.

La familia tiene un papel insustituible al lado de su enfermo ya que lo ayuda a mantener en contacto con el exterior del hospital, es motivo y apoyo para el paciente en su lucha contra todas las formas de la enfermedad y defender al paciente ante los casos de deshumanización o de inadecuación profesional, conocer como nadie el día a día del paciente y su aportación será importante para la evaluación de la terapia, puede colaborar en la atención directa al paciente, acompañarlo continuamente porque para el enfermo es importante permanecer juntos durante el periodo de la enfermedad; por todo esto merecería ser considerada como un miembro del equipo de salud, pero esta actitud no se verifica en la práctica asistencial. Desafortunadamente no siempre está preparada para asumir esta tarea, incluso a veces se niega, o dificulta el proceso de sanación desatendiéndolo, en este caso la enfermera tiene que desempeñar un rol ayudante con actitud como la comprensión, y a favoreciendo el acercamiento de los familiares a su enfermo y la reconciliación con la situación de enfermedad que viven, con la educación dando información, orientación, para vencer la inseguridad o dificultad para cuidar a su enfermo.²⁶

Hoy en día existe un alto riesgo de deshumanización de los cuidados debido a que la mayoría de los centros hospitalarios están regido por un modelo biomédico centrado en lo biológico imponiendo al personal a realizar esta función haciendo que la enfermera pierda su horizonte ,el cual su cuidado se centraría a la enfermedad, despersonalizando al enfermo limitando al profesional al estricto cumplimiento de las normas y olvidándose del mundo afectivo o social, por lo que se ha hecho necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal . Además actualmente hay un desarrollo científico y tecnológico que alcanza todos los ámbitos, debido a esto la creciente tecnificación en la atención al paciente este proceso interrumpe el proceso social atentando contra la humanización .⁹

En ese sentido los resultados del presente trabajo evidencian que la mayoría de los familiares (53%) presenta una percepción favorable sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera lo cual incidiría que sería posible existan algunas actitudes y comportamientos que dignifica al paciente y familia; sin embargo es necesario precisar que una minoría importante (47%) presenta percepción desfavorable lo cual estaría evidenciando que existe un grupo importante que percibe el cuidado como despersonalizado, disociado de una relación interpersonal terapéutica. Por ende no individualizado ni integral, que alejaría a la enfermera de la razón de ser de su labor profesional el cuidado holístico del ser humano.

Es así en los resultados en relación a la dimensión interpersonal y social , con respecto a lo social ,el familiar estaría percibiendo la mayoría favorablemente con respecto al ítem de cordialidad podría que esto se vea traducido en la enfermera de manera verbal y no verbal mediante el tono de voz y gestos apropiados² creando un primer vinculo de confianza

Otra característica percibida favorablemente en su gran mayoría por el familiar es con respecto a la proactividad lo cual denota la responsabilidad de la enfermera de realizar promoción o enseñanza de actividades preventivas ,enseñando maneras de resolución de problemas e identificar el afrontamiento de las mismas y así pueda adaptarse a las pérdidas; sin embargo evidencia puntos críticos en algunos ítems siendo desfavorable en su gran mayoría en el ítem de “proporcionar información oportuna” y en “animar a solicitar atención” ,esto implicaría que el paciente y familiar no estaría preparado ni empoderado para su inserción a su entorno social con las herramientas de autocuidado esenciales para ello.

Además otra de las características de la dimensión interpersonal importante es la empatía estaría evidenciando de acuerdo a los resultados según la percepción de los familiares en su mayoría favorable, según estaría evidenciando de acuerdo a Dietrich ente sus beneficios los siguientes: favorece el dinamismo psíquico y el desarrollo constructivo de la personalidad, intensifica el dialogo crítico con las propias vivencias, alivia, al exteriorizar la carga afectiva, favorece la aceptación de sí mismo, despoja de las apariencias y las máscaras.²⁶

En otras palabras estaría el paciente sintiendo comprensión de manera correcta y sensible, desarrollando un conjunto de actitudes promotoras de crecimiento, o terapéuticas, en relación a si misma.

Finalmente la última característica de la enfermera sería la dimensión ética para la atención, según la percepción del familiar sería favorable; sin embargo en el ítem “dedica tiempo para conversar “se encontraría de manera desfavorable lo cual refiere que la enfermera no realiza una adecuada interrelación interacción en el momento del cuidado.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Producto del análisis y discusión de los resultados, se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

A. Conclusiones

La mayoría de los familiares tienen una percepción favorable acerca del cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería al paciente hospitalizado; sin embargo existe una minoría importante (47%) que lo percibe desfavorablemente

La dimensión social de la enfermera, es percibida por el familiar en su mayoría como favorable. Sin embargo sobre los ítems “proporcionar información oportuna”, “animar solicitar atención al paciente” “dedicarle tiempo para conversar o interactuar, “ interés por solucionar problemas del paciente “ demuestra comprensión por los sentimientos “ lo perciben desfavorablemente.

La dimensión apoyo emocional y espiritual del cuidado humanizado es percibido por el familiar mayoritariamente favorable. Sin embargo sobre los ítems, transmitir alegría, coordinar ayuda religiosa, y mirar y tomar de la mano lo percibe desfavorablemente.

La dimensión física y en la dimensión ética es percibida por los familiares en su mayoría favorablemente, sin embargo en el ítem “llama por el número de cama lo percibe desfavorablemente

B .Recomendaciones

Realizar un estudio para identificar los factores que influyen en el trabajo del enfermero para efectuar un cuidado humanizado y compararlo con la percepción del paciente para realizar un plan de capacitación a futuro.

Realizar un estudio de investigación usando una muestra más amplia que permita observar una realidad más exacta

C .Limitaciones

Los familiares muchas veces no responden con la verdad por miedo a recibir posteriormente una mala atención por el profesional de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poblete M, Valenzuela Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm 2007; 20(4)499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
2. Santiago Jorge Durante. El arte de cuidar. Editorial UAPITI 2007. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/22132959/El-arte-de-cuidar-libro-parte-1#scribd>
3. leal Quevedo francisco, hacia una medicina más humana. Bogotá dc 1997. Página 249. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=9589181384>
4. Ruiz M. Satisfacción del Familiar con el Cuidado a Pacientes en Estado Crítico. [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería; 2002.

Bernat MD, Tejedor R, Sanchis J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos? *Enferm Intensiva*. 2000; 11(1): 3-9.) .
Disponible en:
www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/330/743

5. Estrategias del informe de la OMS “Nuevos Conocimientos y Nuevas Esperanzas “*Rev. Panamá Salud pública (online)* 2002 ISSN 1020 -4989
6. Arenas Quesquén Vania Jacqueline. Percepción de enfermeras acerca del cuidado humanizado en servicios de cirugía y medicina .Hospital Nación al Daniel Alcides Carrión 2012.
7. Jiménez Villegas. María Del Carmen. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. En revista mexicana de enfermería cardiológica. Vol. m11 Nº 2, 2003)
8. Colegio de enfermeros de Perú. Código de ética y Deontología. Disponible en:
http://www.cep.org.pe/cn/download/codigo_etica_deontologia.pdf
9. Tecnología y humanización de los cuidados. Una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales.España.2009
.Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4321/S113212962009000100007>
10. Valenzuela m. ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencia? marzo 2015 disponible en :
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50212/1/tesis_martina_valenzuela_anguita.pdf

11. Arrieta Teran,Ernelda Y Col. Percepcion del cuidado humanizado de los cuidadores de los niños hospitalizados en el hospital infantil Napoleon franco de la ciudad de Cartagena en el segundo periodo del año 2013. Disponible en :<http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/848/PERCEPCION%20DEL%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20LOS%20CUIDADORES.pdf?sequence=1>
12. González-Ruiz Gisela col. Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta. Disponible en <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/view/496>
13. Luz Nelly Rivera Álvarez, Álvaro Triana, Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country en el año 2007.Disponible en (<http://www.bdigital.unal.edu.co/35538/1/35901-145249-1-PB.pdf>)
14. Rodríguez Ha, realiza un estudio titulado “percepción del paciente ambulatorio en Terapia de hemodiálisis sobre el cuidado Humanizado de la enfermera en una Institución de salud 2014. Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4161/1/Rodr%C3%ADguez_fa.pdf
15. león I. percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado del a enfermera al paciente hospitalizado, UNMSM 2013. Disponible en: [http](http://)
16. Espinoza Medalla, Leonor. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital Es Salud Huacho. Octubre 2010, pág.7.

17. Vásquez Vera, Roció. Percepción de los usuarios y familiares sobre cuidado humanizado que brinda las enfermeras del servicio de emergencia del hospital II ESSALUD Huaraz julio-diciembre. Lima-Perú. 2008. pág. 85
18. González G., Rosa M; Bracho de L., Cira; Zambrano de G., Amarilis; Marquina, Mary; Guerra, Carmen A. el cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. Disponible en: <https://groups.google.com/forum/#!topic/eccpn/TbFSJONE2V0>
19. Pinto N, Indicadores de cuidado. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-indicadores.htm>
20. Boff, L. (1999). Saber Cuidar. Ética do Humano-Compaixao Pela Terra. Brasil. Editora Vozes. p.p. 90-92.
21. www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacion_del_cuidado.pdf
22. Peplau H (1990). Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat.
23. Espino S, Gómez M. Enfermería y sus resonancias del cuidado en el niño hospitalizado, *Enferm. investig. desarro.* 2013, enero, vol. 11(1): 2-18, disponible en: revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/download/59/57
24. <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CCcQFjAC&url=http%3A%2F%2Frevistas.unitru.edu.pe%2Findex.php%2Ffacenf%2Fissue%2Fdownload%2F59%2F57&>

ei=Px9nVZqXF8HZoATf9YPYBA&usg=AFQjCNFK3WJQNJghq2x
dZiXzwG8CWRMuLg&bvm=bv.93990622,d.eXY

25. Raile. M. ,Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson Séptima edición. Elsevier Mosby.p.91-104
26. Bermejo, J.Apuntes de relación de ayuda (9º edición) Editorial Sal terrae Santander 1998. Pág-74
27. <https://www.mindomo.com/es/mindmap/dimensiones-del-ser-humano-4c0a5a0581df48399bc08826de373a73>
28. Rivera L, Álvaro T. cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica en la clínica del country
29. Diccionario virtual: <http://es.thefreedictionary.com/divertida>
30. <http://www.cgh.org.co/temas/dimensionesdecalidad.php>
31. equipo de acodesi la formación integral y sus dimensiones: Bogotá, d.c. – Colombia disponible en: http://www.ipatria.edu.mx/descargas/LA_FORMACION_INTEGRAL_Y_SUS_DIMENSIONES_TEXTO_DIDACTICO.pdf
32. Alvis T, Moreno M y Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002. p. 207-216.
33. Vanegas. Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá 2009. Disponible en: <http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revist>

as/revista_colombiana_enfermeria/volumen5/roles_desempenan_profesionales_enfermeria_instituciones_geriatricas_bogota.pdf

- 34 Pinto A, Natividad. Hacia un modelo de cuidado en el hogar. Cuidado y práctica de enfermería, pág. 57- 72 disponible en: <http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/colombia/Codigo%20Colombiano%20Enfermeria%201.pdf>
- 35 Leonardo G, la definición del concepto de percepción en psicología c on base en la teoría GESTALT. Revista de Estudios Sociales, no. 18, agosto de 2004, 89-96. Disponible en: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CD0QFjAF&url=http%3A%2F%2Fres.uniandes.edu.co%2Fpdf%2Fdescargar.php%3F%3D.%2Fdata%2FRevista_No_18%2F10_Dossier8.pdf&ei=n4hwVa6iEcyqNv23gLgl&usg=AFQjCNGUb7lorZ8-zUgw6fX6k4_1nrCnlg

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS

- “A” Tamaño de la muestra
- “B” Matriz Tripartita
- “C” Operacionalización de La Variable
- “D” Instrumento
- “E” Validez de contenido del instrumento
- “F” Consentimiento informado
- “G” Arrobación de la sede
- “H” Sexo de los familiares sobre la percepción del cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en una institución de Salud. Lima- Perú 2015
- “I” Edad de los familiares sobre la percepción del cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en una institución de Salud. Lima- Perú 2015
- “J” Parentesco de los familiares sobre la percepción del cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en una institución de Salud. Lima- Perú 2015.
- “K” Enfermedad que padece el paciente según el familiar sobre la percepción del cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en una institución de salud Lima- Perú 2015
- “L” Días de hospitalización del paciente en una institución de Salud Lima-Perú 2015.
- “M” Tiempo de permanencia del familiar en una institución de salud Lima-Perú 2015
- “N” Cronograma de trabajo
- “O” Presupuesto y recursos disponibles

ANEXO A

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita; para lo cual se considera:

- N= Tamaño de la población
- p= Proporción poblacional = se asume 50% →0,5
- q= (1-p) = 0,5
- E= Error muestral = se asume 10% →0,1
- Z= Nivel de confianza = se acostumbra 95% →1.96
- n= Tamaño de muestra

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(N-1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(43)(1.96)^2 (0,5) (0,5)}{(42)(0,1)^2 + (1.96)^2(0,5) (0,5)}$$
$$n = \frac{41.2976}{0.42 + 0.9604}$$
$$n = \frac{41.2976}{1.3804} = 30$$

ANEXO "B"

familiar	sexo	edad	parentesco	enfermedad	Días de Hospitalización	tiempo de permanencia	nivel de instrucción	SOCIAL		INTERPERSONAL															emocional espiritual										ético					FISICO			ST	T					
								1	12	PROACTIVIDAD					EMPATIA					disponibilidad					ST	3	5 y 32	14	16	21	23	25	2 6	ST	4	6	8 Y 28	1 0	27	ST	7	11							
										13	15	17	29 y 31	33	2 y 20	18	22	9 y 24	19	30	ST	4	6	8 Y 28																					1 0	27	ST	7	11
										13	15	17	29 y 31	33	2 y 20	18	22	9 y 24	19	30	ST	4	6	8 Y 28																					1 0	27	ST	7	11
1	1	2	3	1	2	3	3	4	3	3	4	2	3	4	4	4	4	3	4	4	46	2	3	4	4	1	4	4	4	26	2	1	4	4	4	15	4	4	8	95									
2	2	3	2	1	1	1	2	4	4	4	4	2	2	3	3	2	3	2	3	3	39	2	2	2	2	1	4	3	3	19	3	4	2	2	4	15	2	4	6	79									
3	2	2	3	2	1	1	4	2	3	3	1	1	2	1	3	1	4	2	1	2	26	1	3	2	1	1	3	3	2	16	2	2	3	2	3	12	2	3	5	59									
4	1	1	1	1	1	1	4	2	3	4	4	4	3	4	2	3	1	3	2	4	39	2	2	4	3	3	4	4	4	26	2	2	4	2	4	14	2	2	4	83									
5	2	1	1	1	2	2	4	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	26	2	1	2	2	1	2	2	2	14	2	2	2	2	3	11	1	3	4	55									
6	2	2	4	2	1	2	3	1	4	2	1	1	2	4	2	1	3	2	2	2	27	1	2	2	1	1	2	2	1	12	1	3	1	3	4	12	1	4	5	56									
7	2	1	1	1	1	1	4	2	2	2	2	2	1	1	2	1	3	1	2	1	22	2	2	2	3	1	2	2	2	16	2	2	2	1	3	10	4	3	7	55									
8	2	2	3	1	1	1	3	4	4	4	4	4	4	1	3	4	4	4	3	4	47	4	4	4	4	1	4	4	4	29	4	3	4	4	4	19	4	1	5	100									
9	2	2	3	1	1	1	3	4	1	4	3	4	4	3	4	4	4	2	4	4	45	3	3	4	4	3	4	4	4	29	4	2	2	4	4	16	2	4	6	96									
10	2	3	2	2	1	1	4	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	16	1	1	3	3	1	2	1	1	13	2	3	1	2	2	10	2	1	3	42									
11	2	2	2	1	1	1	1	4	3	1	2	1	3	1	3	1	3	2	4	4	32	4	4	4	4	1	4	4	4	29	4	1	3	2	4	14	2	4	6	81									
12	2	2	3	2	2	1	3	4	4	3	1	1	2	1	3	3	3	3	3	3	35	4	4	4	4	1	4	4	4	29	4	3	3	4	4	18	3	4	7	89									
13	2	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	34	2	2	3	3	3	3	2	3	21	2	2	2	2	3	11	3	2	5	71									
14	1	2	5	1	2	3	3	3	4	2	3	2	2	4	3	3	3	2	3	2	36	2	2	3	3	3	3	2	1	19	3	3	3	2	1	12	3	3	6	73									
15	2	3	2	2	3	1	2	4	4	4	1	4	4	4	3	4	4	4	3	4	47	3	3	2	4	1	4	4	4	25	4	1	4	4	4	17	4	4	8	97									
16	2	3	1	2	1	1	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	49	4	4	3	4	1	4	4	1	25	4	1	4	4	4	17	4	4	8	99									
17	2	1	2	1	2	1	3	2	2	2	2	2	3	4	3	2	2	2	2	2	30	1	1	3	2	1	2	3	3	16	2	4	2	2	3	13	2	3	5	64									
18	2	2	5	1	2	2	4	2	3	1	1	2	2	2	3	1	3	2	2	1	25	1	1	2	2	1	4	2	1	14	2	4	2	2	4	14	1	4	5	58									
19	2	2	4	1	1	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	50	4	4	2	4	4	4	4	4	30	4	1	4	4	4	17	3	1	4	101									
20	2	2	2	1	3	2	2	4	4	4	4	4	4	1	3	4	4	4	3	2	45	2	2	3	4	1	4	4	1	21	4	1	4	4	4	17	4	3	7	90									
21	2	3	2	1	2	2	2	1	4	1	1	2	1	4	2	3	3	2	4	4	32	1	1	4	4	1	4	4	1	20	3	4	3	3	4	17	3	4	7	76									
22	2	2	4	2	1	1	3	3	2	1	3	2	4	4	2	3	4	3	1	2	34	4	4	2	2	1	4	4	4	25	4	1	4	4	4	17	4	2	6	82									
23	2	2	1	2	2	1	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	3	4	47	4	4	4	4	1	4	4	4	29	4	4	4	4	4	20	4	4	8	104									
24	2	2	5	1	1	1	2	3	4	4	1	1	4	2	2	1	4	2	1	3	32	2	1	3	3	1	4	2	4	20	4	1	4	4	4	17	1	4	5	74									
25	2	2	4	1	1	1	2	1	2	2	3	2	2	3	2	1	4	2	2	2	28	1	2	2	2	2	2	2	2	15	2	1	3	2	3	11	2	3	5	59									
26	1	1	1	1	1	1	3	4	3	4	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	40	4	3	4	3	1	4	3	3	25	3	3	3	4	3	16	4	3	7	88									
27	2	3	5	2	1	1	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	33	2	3	3	2	3	3	2	2	20	3	1	3	3	2	12	3	2	5	70									
28	2	2	4	3	1	1	4	4	2	3	1	3	2	4	3	2	3	2	3	3	35	3	3	3	4	1	2	2	3	21	4	4	3	3	4	18	2	3	5	79									
29	2	3	5	1	2	5	3	3	1	4	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	21	2	2	1	4	1	4	4	1	19	1	4	2	1	1	9	1	1	2	51									
30	1	1	1	1	2	1	4	2	2	3	3	3	3	4	3	2	3	3	2	3	36	3	3	3	4	1	3	3	4	24	2	1	3	4	4	14	4	1	5	79									

ANEXO "C" OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valor final	Definición operacional
Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado	La percepción es un proceso mental que tiene el familiar en forma representaciones como concepto e impresiones sobre el cuidado humanizado que brinda , se define como las acciones que realiza durante los cuidados al paciente mediante un conjunto de comportamientos (acciones) que realizan al proveer cuidados al paciente hospitalizado en las dimensiones físicas , interpersonal (empatía, proactiva , disponible), apoyo emocional y espiritual y social	interpersonal y social	<ul style="list-style-type: none"> - pro actividad -dar explicación oportuna -dar información a la familia -responde preguntas -Atención oportuna -Ir más allá de la atención -Empatía: <ul style="list-style-type: none"> -Escuchar, -comprender sentimientos Disponibilidad para la atención: <ul style="list-style-type: none"> -Está pendiente de las necesidades del paciente, -está pendiente de cómo se siente el paciente. -acude con rapidez al llamado Social <ul style="list-style-type: none"> -cordial -claro lenguaje 	Favorable Desfavorable	Es toda aquella información expresión o respuesta emitida por el familiar sobre las cualidades y comportamientos de la enfermera cuando atiende al paciente hospitalizado que será medida a través de la escala tipo Likert en Favorable , Desfavorable
		emocional Y espiritual	<ul style="list-style-type: none"> da aliento o apoyo moral -Acompaña al paciente en procedimientos -Dar confianza -alegrar -trato amistoso -da tranquilidad - hacer sentir bien -coordina ayuda religiosa -Tomar de la mano y mira a los ojos del paciente 		
		Física	<ul style="list-style-type: none"> -cubrir necesidades al paciente -entono seguro 		
		Ético	<ul style="list-style-type: none"> -Respeto valores y creencias -Brinda atención cuando lo necesita (oportuna) -se preocupa por el paciente -lo llama por el nombre -respeto intimidad 		

ANEXO "D"

UNMSM
Facultad de Medicina
EAP Enfermería

ESCLA TIPO LIKERT MODIFICADA

1. PRESENTACIÓN:

Estimado familiar, mi nombre es Melissa Andrade, soy estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos, en esta ocasión se le presenta este cuestionario con la finalidad de obtener información sobre cómo percibe usted el cuidado que brinda la enfermera a los pacientes hospitalizados y con el propósito de proponer estrategias de mejora.

Los datos ofrecidos serán confidenciales y utilizados solamente con fines de investigación.

Se agradece su colaboración

2. INSTRUCCIONES:

A continuación, responda marcando (X) una sola alternativa como respuesta, teniendo en cuenta las siguientes opciones:

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

A. Datos generales

Completar espacios en blanco:

1. Género Masculino () Femenino ()
2. Edad.....años
3. Parentesco con el familiar hospitalizado: a. Hijo(a) b. Espos(a) c. Otro especifique.....
4. Enfermedad que padece el paciente:.....
5. Tiempo de hospitalización del paciente:
6. cuánto tiempo se ha quedado hasta el día de hoy con el paciente.....
7. nivel de instrucción.....

II.DATOS ESPECIFICOS

ENUNCIADO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
LAS ENFERMERAS				
1. Saludan amablemente al paciente hospitalizado mostrando una sonrisa y un tono de voz pausado.				
2. Escuchan atentamente al paciente cuando este pregunta sobre su estado de salud.				
3. Transmiten alegría al paciente hospitalizado				
4. Se preocupan por cuidar la intimidad del paciente durante los procedimientos que le realiza.				

5. Son indiferentes ante el paciente cuando se encuentra triste o desanimado.				
6. Llamam al paciente por el número de cama				
7. Están atentas a que el paciente reciba sus alimentos, y que su aseo y evacuación urinaria e intestinal a las horas indicadas				
8. Se preocupan por brindar cuidado integral al paciente.				
9. Tienen tiempo para hablar con los pacientes				
10. Brindan atención cuando el paciente lo necesita				
11. No le miran a los ojos cuando hablan con el paciente.				
12. Utilizan un lenguaje poco entendible cuando informan al paciente sobre su estado de salud.				
13. Le explican al paciente lo que van a hacerle				
14. Brindan tranquilidad al paciente hospitalizado				
15. Proporciona información oportuna a la familia sobre los cuidados del paciente				
16. Son amables en el trato con el paciente hospitalizado				
17. Animam al paciente para que soliciten atención si tiene algún problema o necesidad				
18. Demuestran comprensión por los sentimientos que expresa el paciente.				
19. Muestra interesa por solucionar los problemas y/o necesidades (físico, psicológico y espiritual) del paciente.				
20. Siempre están ocupadas y no escuchan al paciente				
21. Coordinan con los familiares si el paciente requiere ayuda religiosa según sus creencias.				
22. Son indiferentes cuando el paciente le expresa sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.				
23. Brindan seguridad al paciente durante los cuidados de enfermería.				
24. Tardan mucho tiempo en llegar cuando se les llama.				
25. Inspiran confianza.				
26. Manifiestan palabras que le hace sentir bien al paciente hospitalizado.				
27. Respetan las creencias y valores del paciente.				
28. Las enfermeras parecen despreocupadas frente a los cuidados que requiere el paciente hospitalizado.				
29. Tienen disposición para atender las dudas y preguntas del paciente				
30. Visitan al paciente con regularidad para verificar su estado de salud.				
31. Anima al paciente para que le formule preguntas sobre las dudas que pueda tener.				
32. Toman al paciente de la mano, cuando él necesita que alguien lo anime				
33. .Involucran a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado				

ANEXO E
VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
 TABLA DE CONCORDANCIA
 PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEMS	JUECES								I.C.V
	1	2	3	4	5	6	7	8	VALOR "p"
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
4	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035
7	1	1	1	1	1	0	0	1	0.145

Valor: 0.038

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

ANEXO F

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenas tardes:

Mi nombre es Melissa Andrade, soy estudiante de enfermería del cuarto año de estudios en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Estoy realizando la presente investigación con el objetivo de conocer cuál es su percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado. Esto contribuirá a establecer o proponer estrategias de mejora o reforzamiento según sean los resultados.

La participación en el presente estudio es voluntaria, siendo libre de abandonarlo en cualquier momento sin ninguna sanción.

El estudio es anónimo y los datos que proporcione serán de uso exclusivo para la investigación, por ello los resultados de dicho estudio serán en absoluta reserva siendo publicados manteniendo su identidad en el anonimato.

Si participa, se le solicita responder con total verdad a las preguntas adjuntas en la encuesta.

La encuesta será llenada en el momento que realiza la visita al paciente en el pabellón Santo Toribio

Para cualquier pregunta o duda respecto al estudio usted podrá comunicarse con la investigadora principal la señorita Melissa teléfono 966489587 correo meliand_8@hotmail.com y con la Presidenta del comité de ética la Lic. Medalitl Lucho Cabillas, correo comité.etica.hndm@gmail.com y teléfono 3280028(8334)

De aceptar participar firmará el formato, de no aceptar se le agradece anticipadamente su tiempo.

.....

.....

.....

Firma del entrevistado

Firma del Investigador

DNI:.....

DNI:.....

Fecha:.....

fecha:.....

ANEXO "G"



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
Dos de Mayo

"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

EVALUACIÓN N° 049 - 2015 -CEIB-AI-OACDI-HNDM

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO: "PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE HOSPITALIZADO DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2015"

Investigadora Principal: Melissa Cyntia Andrade Mauricio.

El Comité de Ética en Investigación concluye que:

- 1 El protocolo sigue lineamientos metodológicos y éticos
- 2 El investigador se encuentra calificado para la conducción de la investigación
- 3 El consentimiento informado brinda la información necesaria en forma adecuada

Por tanto, el comité expide el presente documento de **APROBACIÓN Y OPINIÓN FAVORABLE** del presente estudio

El investigador alcanzará al comité un informe al término del estudio

El presente documento tiene vigencia por un año. Si aplica, el protocolo y reporte parcial deberán ser enviados al comité para reevaluación, aproximadamente cuatro semanas antes de expirar la fecha de la presente aprobación

Atentamente,

Lima, 15 de octubre del 2015



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
M. Medart I. LUCHO CABILLAS
Lic. Medart I. LUCHO CABILLAS
Presidenta del Comité de Ética
en Investigación Biomédica

MLLC*PCEIB*HNDM
C.c. Archivo

www.minsa.gob.pe/h2demayo
hdosdemayo@minsa.gob.pe
hdosdemayo@hotmail.com

Parque Historia de la Medicina
Peruana s/n
Cercado de Lima
Tlf. 328-00-28, 328-00-35
RUC: 20160388570

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

Anexo “H”

Sexo de los familiares sobre la percepción del cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en una institución de Salud.

**Lima- Perú
2015**

Sexo	Familiares	
	N°	%
Femenino	26	87.0
Masculino	4	13.0
Total	30	100.0

Anexo “I”

Edad de los familiares sobre la percepción del cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en una institución de Salud.

**Lima- Perú
2015**

Edad	Familiares	
	N°	%
18-29 años	6	20.0
30-59 años	17	57.0
60 a más	7	23.0
Total	30	100.0

Anexo “J”

Parentesco de los familiares sobre la percepción del cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en una institución de Salud.

**Lima- Perú
2015**

Parentesco	Familiares	
	Nº	%
Hijo(a)	7	23.0
Esposo(a)	8	26.0
Hermano(a)	5	17.0
Mamá	5	17.0
Otros	5	17.0
Total	30	100.0

Anexo “K”

Enfermedad que padece el paciente según el familiar sobre la percepción del cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en una institución de salud

**Lima- Perú
2015**

Enfermedad	Paciente	
	Nº	%
Crónicas	17	57.0
No crónicas	11	37.0
No sabe	2	6.0
Total	30	100.0

Anexo “L”

Días de hospitalización del paciente en una institución de Salud Lima- Perú 2015

Días de hospitalización	N°	Paciente	
			%
2 días- 7 días	18		60.0
8 días – 29 días	10		33.0
30 a más	2		7.0
Total	30		100.0

Anexo “M”

Tiempo de permanencia del familiar en una institución de salud Lima- Perú 2015

Tiempo de permanencia	N°	Familiar	
			%
3-10 turnos	20		67.0
11- 20 turnos	6		20.0
21-30 turnos	2		7.0
31-40 turnos	0		0.0
41-50 turnos	1		3.0
51 a más	1		3.0
Total	30		100.0

ANEXO “N”
CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	MESES									
	Mar.	Abr	Mayo.	Jun.	Julio	Ag.	Set.	Oct.	nov	dic
Planteamiento de problema y delimitación	x	X								
Formulación de objetivos			x							
Justificación de la investigación			x							
Marco teórico: antecedentes del estudio,			x	x						
Marco teórico : base teórica conceptual			x	x						
Formulación de hipótesis			x							
Operacionalización de la variable			x							
Diseño metodológico			x	x						
Instrumento de recolección de datos				x						
Validez y confiabilidad del instrumento					x	x				
Recolección de datos							x	x	x	
Análisis								x	x	
Informe final										x

ANEXO "O "

Presupuesto y recursos disponibles

Presupuesto

El presupuesto total será

Recursos	Valor
Bienes	
Papel bond	300.00
Lapiceros	20.00
Bibliografía	160.0
Fotocopias e impresiones	400.00
Cd-disquetes	100.00
Folder	15.00
Correctores –resaltadores	12.50
Anillados	200.00
Equipos computacionales	50.00
Costo de biblioteca	50.00
Costo presentación proyecto al HNDM	100.00
Servicios	
Movilidad	600.00
	2005.00

Recursos disponibles

- Recursos institucionales:
 - biblioteca,
- Recursos humanos:
 - Asesora de investigación
 - jueces de experto
 - personal de enfermería
 - estudiantes de enfermería