



Universidad
Norbert Wiener

**Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería**

Percepción del cuidado humanizado y satisfacción del
usuario hospitalizado en la unidad de cuidados
intermedios de un hospital de Lima, 2022

**Trabajo académico para optar el título de especialista
en Enfermería en Cuidados Intensivos**

Presentado por:

Báez Nieves Jeannee Verónica

Código ORCID: 0000-0002-5040-464X


Asesor: Mg. Fernandez Rengifo, Werther

Código ORCID: 0000-0001-7475-9641

Salud y Bienestar: Cuidado de Enfermería

Lima- Perú

2022

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo,... **BÁEZ NIEVES JEANNEE VERONICA** egresado de la Facultad deCiencias de la Salud..... y Escuela Académica Profesional de ...Enfermería..... / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "....."**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE UN HOSPITAL DE LIMA, 2022**"Asesorado por el docente Mg.Werther Fernando Fernandez Rengifo DNI ... 05618139 ORCID... <https://orcid.org/0000-0001-7485-9641> tiene un índice de similitud de (8) (ocho) % con código __oid:___ oid:14912:209436313 _____ verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.


Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
BÁEZ NIEVES JEANNEE VERONICA
 DNI:003208024

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:


 Firma
 Mg. Werther Fernando Fernandez Rengifo
 DNI: 05618139

Lima, ...1...de.....de marzo..... de.....2023.....

Asesor:

Mg. FERNANDEZ RENGIFO, WERTHER

DEDICATORIA

A mis familiares, que han acompañado mis pasos en este trabajo profesional.

Agradecida plenamente a Dios, por estar a mi lado en todo momento y escucharme, a mi hijo por darme la fortaleza necesaria en este camino.

AGRADECIMIENTO

A todos aquellos que con su experiencia han sido modelos para seguir para fomentar mi crecimiento profesional.

A la Universidad Norbert Wiener, representada por sus profesores y tutores, por permitir estos espacios de formación académica.

JURADO

Presidente: Dra. Giovanna Elizabeth Reyes
Quiroz

Secretaria: Mg. Exigencia Celeste Valentín
Santos

Vocal: Mg. María Angélica Fuentes Siles

ÍNDICE

RESUMEN	ix
ABSTRAC	x
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1 Teórica	6
1.4.2 Metodológica	6
1.4.3 Práctica	6
1.5. Delimitaciones de la investigación	7
1.5.1 Temporal	7
1.5.2 Espacial	7
1.5.3 Recursos	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	14
2.3. Formulación de hipótesis	21
2.3.1. Hipótesis general	21
2.3.2. Hipótesis específicas	21

3. METODOLOGÍA	22
3.1. Método de la investigación	22
3.2. Enfoque de la investigación	22
3.3. Tipo de investigación	22
3.4. Diseño de la investigación	23
3.5. Población, muestra y muestreo	24
3.6. Variables y operacionalización	26
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
3.7.1. Técnica	29
3.7.2. Descripción de instrumentos	29
3.7.3. Validación	30
3.7.4. Confianza	30
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	31
3.9. Aspectos éticos	32
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	33
4.1. Cronograma de actividades	33
4.2. Presupuesto	34
REFERENCIAS	35
Anexos	41
Matriz de consistencia	41
Instrumento de recolección de datos	42

RESUMEN

Los avances científicos han permitido mejorar la calidad de atención en las unidades de cuidados intensivos (UCI), en donde existe una estrecha relación entre la tecnología y los cuidados brindados al paciente siendo la enfermera el nexo de unión entre ambas. Sin embargo, esto no es suficiente para garantizar un cuidado humanizado, debido a la presencia de diversas condiciones que lo desfavorecen. En tal sentido, en este estudio se plantea como objetivo determinar la relación entre la percepción del cuidado humanizado y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios, de un hospital de Lima, 2022. Se desarrollará sustentado enfoque cuantitativo, con un estudio de tipo correlacional, mediante un diseño no experimental, transversal y correlacional simple. La población del estudio estará conformada por un total de 27 pacientes recluidos en la unidad de cuidados intermedios, seleccionado a través de un muestro no probabilístico, por conveniencia. La técnica seleccionada para recoger los datos es la encuesta. La parte I, recoge datos como la edad y sexo del paciente. La parte II, conformada por dos cuestionarios: Instrumento Percepción Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) y el Caring Assessment Instrument CARE Q (92) para la variable satisfacción, los cuales tienen validez y confiabilidad. Los datos recolectados serán vaciados en la base de datos de Excel y procesados con el programa estadístico SPSS.

Palabras claves: Percepción, Satisfacción, Cuidado Humanizado, Enfermería, UCIN.

ABSTRAC

Scientific advances have made it possible to improve the quality of care in intensive care units (ICU), where there is a close relationship between technology and the care provided to the patient, the nurse being the link between the two. However, this is not enough to guarantee humanized care, due to the presence of various conditions that disadvantage it. In this sense, the objective of this study is to determine the relationship between the perception of humanized care and satisfaction of the user hospitalized in the intermediate care unit, of a public hospital in Lima, 2022. A sustained quantitative approach will be developed, with a study of a correlational type, through a non-experimental, cross-sectional and simple correlational design. The study population will be made up of a total of 27 patients confined in the intermediate care unit, after their discharge from the ICU, selected through a non-probabilistic sample, for convenience. The technique selected to collect the data is the survey. Part I collects data such as the age and sex of the patient. Part II, made up of two questionnaires: Humanized Nursing Care Perception Instrument (PCHE) and the Caring Assessment Instrument CARE Q (92) for the satisfaction variable, which have validity and reliability. The data collected will be entered into the Excel database and processed with the statistical program SPSS.

.

Keywords: Perception, Satisfaction, Humanized Care, Nursing, UCIN.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

El cuidado de la salud es considerado una de las principales actividades en la que se centra la actuación de los profesionales de enfermería. De allí que Jean Watson enfatiza en el compromiso de proporcionar una atención personalizada en la cual se integren lo competente y lo humano, hacia el rescate de una enfermera del aspecto humano, espiritual y transpersonal (1,2), es decir una enfermera humanizada que no ponga como único objetivo al proceso patológico en su quehacer profesional, sustentado en un amplio conocimiento técnico científico-clínico, acompañado de iniciativa, creatividad, habilidad, destreza, liderazgo, motivación, equilibrio emocional, responsabilidad humana y ética como parte de sus competencias personales, profesionales e instrumentales (3,4).

En este sentido, cabe destacar la percepción del paciente está influenciada por la relación interpersonal con el equipo de salud, las necesidades satisfechas y las expectativas alcanzadas durante el proceso de hospitalización (5), por lo que es importante considerar que los pacientes a pesar de encontrarse en un ambiente con tecnología de punta, los pacientes aún se sientan desprotegidos ante el sistema de salud y muestren insatisfacción en el trato que se les otorga (4). De hecho, diversos estudios muestran resultados alentadores en Colombia y Chile con percepciones positivas del paciente al recibir un cuidado humanizado. En el mundo existen aproximadamente 28 millones de enfermeras y de este total, el 8.4 millones (30%) trabajan en la región de Las Américas, representando el 56% de la fuerza laboral de salud; sin embargo, se estima un déficit de 5,9 millones de profesionales de enfermería en los países en vías de desarrollo

o con ingresos económicos bajos, repercutiendo en la calidad de los sistemas de salud a la población (6).

Desde esta perspectiva, en el Perú, de acuerdo a cifras señaladas por el Ministerio de Salud (MINSA) en el informe sobre los recursos humanos en el sector salud del 2020, establece un aproximado de 43.635 profesionales de la enfermería laborando en los diferentes niveles de atención, que representan el 36,9% de los profesionales de la salud. De manera específica, en la ciudad de Lima se cuenta con 13.318, seguido de Junín con 2,174 y Arequipa con 2.142; mientras que las ciudades con menor porcentaje de enfermeros están representadas por Tumbes y Madre de Dios, siendo 387 y 329 respectivamente (7), lo que demuestra la desigualdad de recursos humanos en el interior del país.

Asimismo, el Observatorio de Recursos Humanos adscrito al MINSA, en el año 2019 ha señalado la existencia de un déficit de enfermeros en relación con el número de la población, con una brecha en Perú de 28.000 de estos profesionales, es decir, lejos de la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 25 por cada 10.000 habitantes, debido a la escasa inversión y planificación de este recurso humano prioritario (8). Aunque la atención de enfermería por número de personas ha mejorado en las últimas décadas, pasando de 499 a 342 entre el 2010 y el 2019, el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) establece que este número debe ser de 114 personas por enfermera, es decir, 8,8 enfermeras por cada mil habitantes, lo que indica que aún está lejos de alcanzar este rango (9). Esta situación en alguna medida implica desventajas en la atención que se brindan a las personas en los diferentes servicios de salud.

Ahora bien, es importante destacar que un número de 18.366, que equivale al 42,09% del total de personal de enfermería, se desempeñan en los centros de salud con niveles de complejidad II-2, III-1 y III-2 (7), los cuales cuentan con áreas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que exigen una enfermera por cada 3 pacientes o de 1 por cada 2 ó 3, en el nivel respectivo. Esto es concordancia con lo establecido en la Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios (10). No obstante, actualmente en los principales hospitales del Perú no se cumplen con estos estándares, ya que en las 75 UCI que existen a nivel nacional, 1 profesional de enfermería debe atender 5 o más pacientes. Esto se produce porque de los 15 enfermeros colegiados que hay por cada 10.000 habitantes, solo se encuentran ejerciendo el 63% de estos profesionales (11).

Lo antes descrito requiere un análisis mayor al considerar que, aunque en el Perú hubo un aumento importante en las UCI de aproximadamente 1000 camas como respuesta a la crisis sanitaria generada por la pandemia de la Covid-19, el crecimiento poblacional de más de 33 millones de personas en los últimos años hace que dicha dotación sea insuficiente. Tal aseveración se basa en la media ideal de 14 camas UCI por cada 100.000 habitantes propuesta por los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), siendo que la media en el país es menor a 6 camas UCI por cada 100.000 peruanos (12).

Se hace necesario enfatizar en la tendencia del crecimiento poblacional como un factor que aumenta la demanda de los servicios de salud, incluyendo las UCI, donde se ingresan pacientes con traumas craneoencefálicos y tórax, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, cuadros cardiovasculares, edemas pulmonares, entre otras, destacando una prevalencia de enfermedades respiratorias y metabólicas, con el 24,5% (13, 14), así como también enfermedades degenerativas y otras patologías que

incrementan el riesgo de mortalidad, como: Neumonía Asociada a Ventilación tardía, delirio, polineuropatía (15).

Asimismo, se plantea que los pacientes permanecen internados entre 7 a 15 días lo que requiere mayor demanda de profesionales, cuyo déficit de personal reduce la calidad de atención en las UCI (11). Estos pacientes requieren la utilización de diversos dispositivos para la utilización de tecnología invasiva y no invasiva para contrarrestar sus procesos patológicos, que constituyen factores que afectan la calidad de cuidado porque se desatienden otras necesidades básicas del paciente, con la consecuente aparición de otro tipo de patologías, tales como: Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (16,17) y las Lesiones Por Presión (18), ambas con una alta incidencia en las unidades de cuidados intensivos.

En efecto, en las unidades de cuidados intermedios (UCIN) existe una estrecha relación entre la tecnología y los cuidados brindados al paciente, siendo la enfermera el nexo de unión entre ambas (19). Aunque los avances científicos han permitido mejorar la calidad de atención, esto no es suficiente para garantizar un cuidado humanizado, debido a la presencia de diversas condiciones que lo desfavorecen, tales como: la misma tecnología, la administración de tratamientos, la gestión inadecuada, el exceso de pacientes, la deficiencia de personal capacitado, entre otros (20), es decir, que dicho avance parecieran no ir a la par con desarrollo de habilidades no técnicas y que representa cada día una exigencia de pacientes y familiares en la UCIN (21).

Mientras que un estudio en Perú, denota una baja percepción del cuidado humanizado entre sus conclusiones, lo que se traduce en una atención de baja calidad por

parte de los profesionales de salud; es decir que la persona como sujeto de derecho es cada vez más invisible (23).

Al considerar los aspectos antes descritos, se desarrolla esta investigación para identificar la percepción del paciente crítico del cuidado de enfermería y su satisfacción, tomando en consideración el contexto de un hospital público de Lima.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la percepción del cuidado humanizado y la satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios (UCIN) de un hospital público de Lima 2022?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cómo la dimensión cualidades del hacer de la percepción del cuidado humanizado se relaciona con la satisfacción del paciente hospitalizado en la UCIN?

¿Cómo la dimensión comunicación de la percepción del cuidado humanizado se relaciona con la satisfacción del paciente hospitalizado en la UCIN?

¿Cómo la dimensión Atención profesional de la percepción del cuidado humanizado se relaciona con la satisfacción del paciente hospitalizado en la UCIN?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la percepción del cuidado humanizado y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios, de un hospital público de Lima 2022

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar cómo la dimensión cualidades del hacer de la percepción del cuidado humanizado se relaciona con la satisfacción del paciente hospitalizado en la UCIN.

Determinar cómo la dimensión comunicación de la percepción del cuidado humanizado se relaciona con la satisfacción del paciente hospitalizado en la UCIN.

Determinar cómo la dimensión Atención profesional de la percepción del cuidado humanizado se relaciona con la satisfacción del paciente hospitalizado en la UCIN.

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

Desde el punto de vista teórico, esta investigación pretenderá reflexionar acerca de los conceptos relacionados con las variables en estudio, como son la percepción y la satisfacción, sustentada en los aportes dados por diferentes filósofos y autores que los han descrito.

En tal sentido, la percepción desde la filosofía de Merleau-Ponty, será abordada desde la premisa que el conocimiento no versa de sensaciones sino de percepciones, tomando en cuenta que dichas sensaciones llegan como un todo y no de forma separada,

siendo el cuerpo el vehículo de comunicación del ser humano con el mundo (23). La concepción de corporalidad y su relación con el mundo, requiere que en esta revisión se redefina el cuidado que se le brinda a la persona ingresada en la unidad de cuidados intensivos, no viéndolo como un objeto o como fruto de relaciones causales, sino como quien percibe al mundo con todas sus posibilidades.

Asimismo, el aporte de esta investigación estará dirigida a reforzar la descripción del concepto de satisfacción a partir de la idea que la persona la valora o determina de acuerdo a la forma en que percibe el cuidado. De allí que este estudio permitirá redefinir este concepto desde la perspectiva del usuario ingresado de la unidad de cuidados intensivos quien emitirá un juicio acerca del cuidado que recibe del personal de enfermería comparando sus expectativas con sus percepciones acerca de las intervenciones proporcionadas durante su hospitalización, y cómo estas resolvieron su problema de salud. Esto en conformidad con lo descrito por Donabedian (24), quien propone evaluar la calidad en cuanto a la estructura, el proceso y el resultado, entendiendo como resultados a aquellos cambios en el estado de la salud que se pueden atribuir a la atención prestada.

1.4.2. Metodológica

Desde el punto de vista metodológico esta investigación es considerada una contribución al estudio de la satisfacción que tiene el paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, ya que para su desarrollo se constatará la validez de los instrumentos utilizados en contextos diferentes en los que han sido aplicados, permitiendo afianzar su utilización en otros estudios en el futuro. A su vez, sirve como referencia o antecedentes para próximas investigaciones.

1.4.3. Práctica

La presente investigación representa un aporte práctico destinado a fortalecer la gestión del cuidado en enfermería en la unidad de cuidados intensivos, en aras de mejorar el ejercicio profesional de supervisores, coordinadores y aquellos enfermeros(as) que proporcionan cuidados directos al paciente en este servicio. Dado que dicha gestión implica controlar la forma en que esto son proporcionados (oportunos, seguros e integrales), la satisfacción del usuario es una herramienta esencial que permite conocer y analizar la atención de salud, porque representa el reflejo de la calidad de la asistencia. Es decir, que en el quehacer profesional es importante conocer el punto de vista de los pacientes para mejorar en forma continua la calidad de los servicios, a través de un proceso de evaluación continua que permita la toma de decisiones, aportando elementos para la mejorar los diferentes procedimientos.

En tal sentido, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (1), toda persona tiene derecho a ser atendido adecuadamente en cualquier institución de salud recibiendo este tipo de cuidado, para lograr su satisfacción en cuanto a la atención recibida, incluso en ambientes de alta complejidad tecnológica. Por tanto, la realización de esta investigación pretende fortalecer el cuidado humanizado como una consolidación de la Filosofía y el Teoría de Cuidado Transpersonal de Jean Watson, promoviendo la sensibilización de los profesionales que laboran en la UCI. Es decir, que enfoquen su práctica en aspectos más humanos que contribuyan a mejorar la calidad de atención en los pacientes a través de acciones basadas en la satisfacción de necesidades, habilidades-técnicas de la enfermería, relación enfermera-paciente, autocuidado profesional y aspectos espirituales del cuidado (25, 26).

De igual forma, este estudio permitirá fortalecer la práctica considerando la Teoría de Virginia Henderson, apoyada en la satisfacción de necesidades básicas, integradas en las dimensiones: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual de la persona, incluso en situaciones que requiere de cuidados especializados por su condición crítica de salud, en la que predominan las necesidades relacionadas con las respiración, alimentación, eliminación, descanso, higiene corporal e integridad de la piel y la comunicación (27, 28).

Por otra parte, apoyado en lo descrito por Patricia Benner se justifica el valor práctico al considera que el ejercicio de la enfermería no solo abarca el cuidado, sino también el estudio de las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos (28), lo cual está relacionado con los objetivos de este estudio. Asimismo, con el Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson, se hace énfasis en el subsistema de dependencia, cuya contribución a la práctica se fundamenta en la aprobación, la atención o el reconocimiento y la ayuda física, desde la dependencia absoluta de los demás, como generalmente ocurre con los pacientes en la UCI, hasta un grado mayor de independencia (29).

En este sentido, determinar la percepción que tiene el paciente sobre el cuidado que recibe en la UCI por el profesional de enfermería y relacionarlo con su grado de satisfacción, representa un punto de partida para generar protocolos de cuidados enfocados en lo humano para fortalecer la práctica de la profesión. De allí que King con su Teoría del Logro de Metas, promueve el intercambio de información sobre sus percepciones entre la enfermera y el paciente, y si estas son acertadas se alcanzaran las metas, se llegara a un crecimiento, desarrollo y efectividad de los cuidados (28).

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

El desarrollo se efectuará durante el periodo de julio- agosto del año 2022.

1.5.2 Espacial

La presente investigación se desarrollará en un hospital público de Lima.

1.5.3 Unidad de análisis

Representado por los pacientes de UCI que no se encuentran bajo efectos de sedación o estado de inconciencia, de un hospital público de Lima.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

García et al. (30), en el 2021, realizaron en Colombia, un estudio con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción de los pacientes con COVID-19 acerca del cuidado de enfermería recibido en un hospital del área metropolitana de Barranquilla. Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población de estudio fueron los pacientes con COVID-19 atendidos en UCI y hospitalización, durante los meses de marzo a mayo del 2021. Los investigadores utilizaron un instrumento descrito como CUCACE (Cuestionario de calidad de cuidados de enfermería) que evalúa las variables sociodemográficas, los cuidados recibidos durante la estancia hospitalaria y el nivel de satisfacción. Concluyeron que la satisfacción de los pacientes con COVID-19 acerca del cuidado de enfermería que se brinda en los servicios del hospital Universidad del Norte es buena. Así lo demuestran los resultados satisfactorios obtenidos en las dimensiones: experiencia y satisfacción con el cuidado de enfermería (30).

Fernández et al. (31), en el 2020, desarrollaron una investigación con el objetivo Analizar la percepción que tienen los usuarios hospitalizados en áreas de cuidado crítico respecto del cuidado humanizado que reciben por parte de las profesionales de enfermería. Metodología: Se desarrolló una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, correlacional y de corte transversal, que incluyó a los usuarios hospitalizados en los Servicios Clínicos críticos, de un hospital público ubicado en el sur de Chile, con una muestra de 377 participantes. Posterior a aplicación de consentimiento informado, se aplicó una caracterización sociodemográfica y el instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería - versión 3, con adaptación transcultural para la población chilena, el cual fue complementado con otros datos pertinentes a los objetivos de la investigación. Resultados: Se encontró que las personas

participantes en su mayoría reconocieron al profesional de enfermería por el uniforme, y pese a existir algunas diferencias en cada servicio, refirieron satisfacción con el cuidado recibido (84,6 %). Aspectos como la edad, el tiempo de hospitalización y el reconocimiento del personal de enfermería, evidenciaron relación estadística con la satisfacción. Conclusiones: Se requiere implementar estrategias para fortalecer la percepción del cuidado humanizado de enfermería, siendo estos aspectos una contribución para la construcción de un clima y cultura organizacional que evidencien esta perspectiva de cuidado (31).

Otro estudio de relevancia, es el realizado en Colombia por Joven et. al (32) en el 2020 mediante el cual describió la percepción del paciente crítico adulto sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la unidad de cuidado intensivo (UCI) adulto en un hospital de III nivel de Bogotá, Colombia”. Fue desarrollado en la modalidad de estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, utilizando el instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3a versión", el cual cuenta con validez facial, de contenido y de constructo. Este fue aplicado a 55 pacientes hospitalizados en UCI, entre junio y octubre de 2016. Los principales resultados evidenciaron que la percepción global del grupo fue de 83,39 en la escala estandarizada. En la categoría Priorizar el sujeto de cuidado, "siempre" obtuvo una calificación del 60 %, mientras que en la categoría Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona, obtuvieron resultados favorables con el 42 % para "siempre". Por último, en la categoría Cualidades del hacer de enfermería encontraron que 27 % "siempre" percibe estos comportamientos. A partir de los resultados concluyen que, los comportamientos de cuidado humanizado se perciben

globalmente como buenos, y en la categoría Priorizar el sujeto de cuidado se obtuvo el mayor puntaje de satisfacción por parte del paciente (32).

Monje, et al. (4), en el 2018 en Chile, determinaron la percepción que tienen los pacientes hospitalizados en Servicio de Medicina Adulto de un hospital de alta complejidad, del cuidado humanizado que otorgan los profesionales de Enfermería y factores relacionados. En cuanto a la metodología utilizada, fue un estudio de corte transversal, correlacional, con una muestra de 171 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, durante el año 2014. Aplicaron una encuesta sociodemográfica y la escala Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE), segunda versión, adecuada transculturalmente a Chile.

Entre los resultados destacan que el 54,4% de los pacientes hospitalizados fueron de sexo femenino, media de edad de 56,2 años y 6,95 días de hospitalización, diagnóstico de ingreso de la mayoría fue enfermedad del sistema circulatorio (33,9%). El 86% de los pacientes hospitalizados consideró que siempre recibía trato humanizado. Con respecto a las cualidades en la entrega de cuidado humanizado que destacan los pacientes fueron las relacionadas a la categoría “Cualidades del hacer”, es decir, perciben que fueron capaces de identificar sus necesidades, mantener trato cordial, tener buena disponibilidad cuando se les requiere y los educan. Destacan además, que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de percepción de trato humanizado y las variables sociodemográficas. Por tanto, concluyen que los/as enfermeros/as de un hospital de alta complejidad respetan la dignidad humana al entregar cuidados humanizados, principalmente por la forma en que proporcionan los cuidados día a día (4).

Antecedentes Nacionales

Sedano, et al.(33) en el 2019 determinaron la percepción sobre el cuidado humanizado según la teoría de Jean Watson en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo 2019. La metodología utilizada fue la investigación descriptiva, transversal aplicando como técnica la encuesta, en la cual usaron la opción múltiple con una escala de Likert, constituida por 9 dimensiones de la teoría de Jean Watson. Dicha encuesta la aplicaron a una muestra de 67 pacientes, encontrando como resultados que 52% de los pacientes refieren que el cuidado es humanizado de presentó “algunas veces”; asimismo, el 22.4% de pacientes refirieron que “casi siempre” existe cuidado humanizado y para el 7.5% “siempre” (33).

En cuanto a las dimensiones evaluadas, hubo una mayor frecuencia en que algunas veces el cuidado fue humanizado, y con respecto a los sentimientos del paciente, el 50,7% manifestó “algunas veces”, seguido del 22,4% “nunca”. Con respecto a la dimensión características de la enfermera, el 59,7% refirieron “algunas veces” sobre el quehacer de la enfermera, el 50.7% expresó que recibieron un cuidado “algunas veces humanizado”. Para la proactividad, el 49.3% refirieron que algunas veces el cuidado es humanizado, al igual que para apoyo emocional y físico, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención. Concluyeron que en el cuidado humanizado prevaleció la valoración “algunas veces”, de acuerdo a las opiniones emitidas por los paciente (33).

Pecho (34) en el 2017 desarrollo una investigación, con el objetivo determinar la percepción del cuidado humanizado que brindan las enfermeras a la persona hospitalizada en las áreas de cuidado crítico, del hospital “Augusto Hernández”; teniendo como propósito contribuir a la mejora de la calidad del cuidado que brinda la enfermera. Este es un estudio cuantitativo, descriptivo transversal, realizado entre noviembre 2015 y

marzo 2016. Con una muestra de 108 personas hospitalizadas en una institución de salud de Ica. Los datos se obtuvieron a través una encuesta y la aplicación del instrumento: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE). El procesamiento de la información se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 20.0. Los datos se presentaron en tablas y gráficas de distribución de frecuencia expresadas en números absolutos, porcentajes, promedios y desviación estándar. En los resultados se halló que el 32.4% de los pacientes hospitalizados siempre perciben un comportamiento humanizado por parte de las enfermeras (os), el 31.5% perciben casi siempre dicho comportamiento, algunas veces lo percibe el 25.9% y nunca sólo un 10.2% de nuestra población en estudio. El 63.0 % percibe que algunas veces se evalúan los sentimientos del paciente, el 50.0% y 44.4% que perciben casi siempre las características de la enfermera como la calidez, simpatía, otras y el apoyo emocional, respectivamente, el 44.4% siempre perciben la empatía de la enfermera(o) (34).

Carranza (35), en el 2018, desarrolló un estudio con el objetivo de determinar la calidad de vida y la relación con la percepción del cuidado humanizado del personal de Enfermería- servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua- 2017. Fue un estudio cuantitativo de diseño descriptivo correlacional, cuya población y muestra estuvo conformada por 19 enfermeras y técnicos de enfermería. Los resultados mostraron que las características sociodemográficas del personal de enfermería el 52,6% oscilaba entre 36 a 46 años de edad, el 84,2% eran del sexo femenino, el 57,9% fueron nombradas. En la mayoría de las dimensiones de calidad de vida solo se relacionó significativamente con la percepción del cuidado de enfermería en asistencia a cursos y actividades en el tiempo libre, a diferencia de las demás dimensiones y la percepción del cuidado de enfermería que fue medio con un 68,4%. Concluyó que el 63.2% de la población de

estudio poseía un nivel de percepción del cuidado del personal de enfermería medio con una calidad de vida Regular, la prueba chi-cuadrado ($p=0,003 < 0,05$), demostró que, existía relación estadística entre la calidad de vida y la percepción del cuidado en enfermería (35).

2.2. Bases Teóricas.

Percepción

Para iniciar este constructo teórico, se establece en primera instancia el concepto de Percepción desde la perspectiva de los representantes de la neuropsicología, quienes establecen que la misma es un proceso que permite interpretar las sensaciones, en función de las experiencias sensoriales y del aprendizaje perceptivo y se las dota de significado (36), la cual se caracteriza por ser subjetiva, selectiva y temporal.

La subjetividad se refiere a la percepción particular de cada persona, por lo que las reacciones ante un estímulo van a ser diferentes entre una persona y otra, basada en su historia individual, en lo almacenado en su memoria y no en elementos teóricos. Mientras que la selectividad contempla esa selección que hacen las personas acerca de los estímulos externos atribuyéndoles o restándoles importancia a unos y otros de acuerdo a su propia escala de valoración, obviamente subjetiva. Asimismo, la percepción es temporal porque es un fenómeno a corto plazo que evoluciona dependiendo de los cambios o transformaciones que tenga la persona, es decir que es un proceso que está sujeto a modificaciones dependiendo de las nuevas experiencias (37).

Ahora bien, analizando la percepción desde una perspectiva filosófica orientada a la interpretación personal, se resaltan las reflexiones realizadas por Merleau-Ponty para quien todo aquello que es percibido por la conciencia es considerado fenómeno, al cual

se le atribuye un sentido en el momento de la percepción por la conciencia. Destaca que la percepción se antepone a la organización del mundo en categorías o en lenguaje constituido, porque para él “Cada conciencia nace en el mundo y cada percepción es un nuevo nacimiento de la conciencia” (38). Por tanto, el objetivo básicamente es volver a la experiencia del mundo como primera expresión de todo conocimiento; intenta mostrar que el mundo descrito por la ciencia no está antes que la percepción, por el contrario, el mundo solo tiene sentido para el sujeto en la medida en que puede percibirlo y ordenarlo en torno suyo (39).

Además de lo antes expuesto, para la enfermera, durante el proceso de cuidado es esencial que reflexione sobre lo que Merleau-Ponty define como esquema corporal, mediante el cual establece que el vehículo de comunicación del ser humano con el mundo es el cuerpo, y es mediante todas sus capacidades táctiles, visuales, olfativas, que puede percibir y otorgar un sentido. Sin embargo, enfatiza en que no puede concebirse la idea de una percepción pura, porque no existen percepciones puntuales, ya que, en el proceso de ver, escuchar o tocar, participa el cuerpo como un todo (39). En consecuencia, el cuerpo es aquello que asegura que existan para los objetos, y este no puede valorarse como un objeto cualquiera del mundo, sino como un medio de comunicación entre el paciente y el mundo (40).

Con base a lo descrito anteriormente, se destaca que en su pensamiento hizo énfasis en el concepto ser-en-el-mundo y buscó comprender la experiencia del mundo vivido y su expresión por el propio cuerpo. Sin embargo, es necesario resaltar que estos preceptos fueron guiados por la concepción fenomenológica promovida por Edmund Husserl, quien desarrolló su filosofía a través de la experiencia de la percepción. Para este filósofo, la percepción es considerada como un tipo de vivencia intencional mediante la

cual entramos en contacto directo con el mundo, por lo que en la percepción se capta un objeto sensible que se da “en persona”, y no como un signo ni como una imagen duplicada del objeto real. Esta realidad está enmarcada en que durante esa experiencia perceptiva se otorga al objeto mismo como un todo, y no en sus componentes (41,42).

Al indagar sobre el enfoque filosófico de Husserl, se establece la percepción con una orientación básicamente epistemológica, es decir ligada a la naturaleza del conocimiento, haciendo énfasis en el regreso de la intuición reflexiva y clarificar la experiencia tal y como se vive. Sin embargo, en el estudio de las percepciones vale la pena comparar con lo referido por Heidegger, quien desde un enfoque existencial u ontológico, establece su filosofía de la naturaleza de la existencia, bajo la premisa de *Ser en el mundo*, donde la dimensión fundamental de toda conciencia humana es histórica y sociocultural (42).

Desde la perspectiva de Heidegger, la percepción, como todos los comportamientos del Dasein (Ser en el mundo), esta descrita como un modo determinado de dirigirse a algo, por lo que, desde este sentido intencional de la percepción, es importante destacar lo que este autor puntualiza como la esencial pasividad de la percepción. Es decir, que en ese proceso de prestar atención perceptiva a las cosas, la persona no aporta nada ni se le filtra algún elemento hacia estas, sino que las cosas mismas como tal no salen al encuentro porque dicha atención aparentemente es una actividad que depende es de quien percibe, como algo espontáneo conforme a su más genuina esencia. Es justamente un dejar salir al encuentro, con una peculiar pasividad y una peculiar receptividad (42).

Es importante mencionar que Husserl hizo énfasis en que la percepción viva siempre contiene una interpretación involuntaria, es decir una evaluación emocional inmediata de lo percibido, mientras que Heidegger denominó estado de ánimo a esa convicción que se halla presente en la percepción viva. Por tanto, a pesar que los estados de ánimo son momentáneos, estos tienen una firmeza ultrasubjetiva lo cual impide que se tenga poder sobre ellos. En tal sentido, si una persona es capaz de esclarecer ese todo único que se revela en el desordenado fluir de sus estados anímicos, entonces llegará a tener conciencia de su orientación fundamental (41,42,43). Por tal razón Ortega y Gasset describe esto como el principio de la elección de sí mismo, que se fundamenta en la más alta decisión del ser humano, que es encontrar su propio yo, para así poder sincerar su actitud hacia cada cosa sin importar qué tipo de actitud sea. En este caso lo esencial es que cada persona, en las diferentes situaciones que le toca vivir, sienta y piense lo que realmente siente y piensa (43).

Para concluir este apartado, es importante destacar que los aspectos filosóficos antes citados no pretenden en esta investigación dar un aporte fenomenológico dirigido a lo cualitativo, sino presentar desde una amplia perspectiva lo que significa la percepción, para contextualizar dicho elemento teórico hacia lo que representa en el paciente ingresado en la UCI.

Percepción del paciente

La percepción del usuario sobre la atención de enfermería es un proceso mental que permite al paciente hacerse una idea significativa y clara en el interior de sí mismo, para poder tener conciencia de lo que lo rodea en la relación enfermera-paciente (44). Es decir, que la forma en que se recibe el cuidado es analizada por la persona, quien emite

un juicio que permite crear su perspectiva o su realidad, con base a la experiencia vivida, es decir su percepción con respecto cómo fue atendida su situación de salud. Por tanto cuando se habla de calidad del servicio en salud, es necesario tomar en cuenta que se relaciona con producir y ofrecer un servicio bueno, haciendo las cosas de manera correcta para satisfacer las necesidades de la persona, por lo que la Organización Mundial de la Salud (45) se ha enfocado hacia el recurso humano en salud entre los años 2016- 2030, a fin de respaldar la actuación de estos profesionales para poder brindar un cuidado holístico y de calidad.

En ese sentido, se debe garantizar que la atención de enfermería se proporcione de una forma personalizada, humanizada, continua y eficiente, de manera que sean acordes a los estándares establecidos para calificar el ejercicio profesional como competente y responsable. Todo ello con la finalidad de lograr una percepción positiva en el paciente.

Dimensiones de la percepción

Las percepciones representan la forma en que las personas valoran los servicios recibidos y están enlazadas con las características o dimensiones de la calidad del servicio. Desde una perspectiva general, se toma en consideración el Modelo SERVQUAL, el cual agrupa cinco dimensiones para medir la calidad de un servicio, que son: Fiabilidad, sensibilidad, seguridad, empatía y elementos tangibles (46,47), las cuales deben ser consideradas al momento de brindar cuidado humanizado al paciente en la UCI, para garantizar su satisfacción.

Fiabilidad. Es descrita como la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma íntegra y cuidadosa, lo cual implica la ausencia de errores (46, 48). La misma es

considerada uno de los atributos necesarios en los servicios de salud, que permite atención del paciente de manera correcta a partir del momento que ingresa, lo cual genera una excelente imagen de forma inmediata (49).

Es decir, que el profesional de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos debe proporcionar un cuidado honesto cumpliendo con sus funciones no solo dirigidas a la satisfacción de las necesidades físicas, sino también las emocionales y espirituales. En tal sentido, al prometer un servicio de calidad, este debe abarcar todos los aspectos involucrados en el cuidado holístico, e incluso tomar en cuenta el cumplimiento de los diferentes procedimientos en el tiempo requerido, demostrar interés en la solución de sus problemas y usar los registros de enfermería como una herramienta en la que se evidencie el cumplimiento de las mismas.

En tal sentido, proporcionar cuidados excelentes cuyo punto central sea el ser humano, amerita que el personal de enfermería de la UCI sea cualificado y suficiente, acordes con los avances científicos, tecnológicos y disciplinares de este servicio. De allí que, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), enfatiza que un personal fiable es garantía de vidas salvadas, recomendando la necesidad de dotar recursos humanos que garanticen un cuidado de calidad, para así disminuir la mortalidad, evitar complicaciones, mayor efectividad terapéutica y reducción de eventos adversos, lo cual promueve la satisfacción del paciente (50).

Capacidad de respuesta. Se caracteriza por la disposición para ayudar a las personas mediante un servicio rápido y adecuado, en cuya atención prevalezca la prontitud para solventar sus problemas de salud, responder a las inquietudes y solventar

las necesidades o problemas que se presenten durante su estadía hospitalaria en la UCI (46).

Dicha disposición requiere que el profesional de la UCI haga una reflexión sobre su práctica lo cual permite el desarrollo de habilidades y competencias destinadas a dar cuidados humanísticos. En efecto, cuando la enfermera hace consciente la necesidad de adquirir y profundizar el conocimiento durante su ejercicio profesional, promueve la adquisición de habilidades y experticia en lo concerniente a sus funciones asistenciales, gerenciales, investigativas, conforme a lo expresado por Benner, quien describe estas actividades como esenciales para garantizar una práctica basada en la excelencia y en la ética reflexiva (50).

En tal sentido, es necesaria la cuantificación sistemática de la calidad del cuidado que el paciente percibe, lo cual es una tarea difícil que obliga a la utilización de herramientas para valorar sus actividades con el propósito de saber en qué medida estas cumplen con la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas que son atendidas en las UCI. Esto requiere que el personal adopte una cultura de calidad, en la que todos estén enfocados e involucrados hacia la excelencia del cuidado (51). Una guía para ello es considerar los términos calidad y relación interpersonal del paciente-enfermera-familia, que son descritos por teorizantes como Hildegard E. Peplau, cuyo modelo de cuidado invita a tomar en cuenta esta relación como un proceso interpersonal significativo terapéutico (52).

Ante estas proposiciones, se establece que la capacidad de respuesta o velocidad de respuesta representa el deseo de ayudar y satisfacer las necesidades de los pacientes de forma oportuna, es decir con rapidez y eficacia, lo cual contempla entre otros aspectos

que el tratamiento sea cumplido en el tiempo previsto, que los problemas se resuelvan lo más pronto posible y la disposición permanente del personal cuando se necesite (48).

Seguridad. Es aquella que se genera mediante el conocimiento y habilidades que tenga el profesional de enfermería, quien debe generar credibilidad y confianza al paciente a través de la demostración de sus capacidades científicas y técnicas (46,47), más aún en ambientes hospitalarios de gran complejidad como las UCI. Es decir, que el paciente no debe tener dudas, miedo o riesgos al momento que es cuidado (50). Esto implica que el personal que lo atiende sea competente en lo relacionado con su profesión que incluye entre otras su preparación, conocimientos y manejo de equipos médicos (48).

Por lo tanto, el planteamiento esencial es que la enfermera que labora en las UCI, debe transitar por la profesionalización, la cual se traduce en la acción y el efecto de dar carácter de profesión a una actividad, durante la cual sus actitudes o disposición de ánimo se manifiesta de alguna manera a través de los cuidados que proporciona como profesional de enfermería. Tanto es así, que esto es considerado como requisito para lograr un nivel de excelencia centrado en la humanización y el cuidar eficiente (54).

Como es sabido, el cuidado de enfermería para que sea de calidad, debe abarcar entre otras dimensiones la dimensión científica y tecnológica, la cual se describe como la prestación del cuidado pertinente, acorde con avances científicos y técnicos disciplinares (50), por medio del cual los pacientes se puedan sentir confiados en el personal de enfermería, y ser capaces de percibir seguridad en las actividades que se le realizan para restaurar su salud, más aún cuando se encuentra en condiciones críticas.

Esto amerita que la enfermera considere también la dimensión ética de sus cuidados, enfocándose en brindar cuidados para evitar daños y perjuicios al paciente

durante su hospitalización, como por ejemplo la movilización contante, no solo registrada sino ejecutada para evitar lesiones de la piel; la preparación adecuada de los fármacos indicados, con el cumplimiento de todos los requisitos para su administración correcta a fin de evitar flebitis o efectos adversos. Se requiere además la aplicación adecuada de medidas de asepsia y antisepsia para evitar infecciones, en especial aquellas derivadas de la atención en salud, y así evitar todo aquello que sea prevenible y que favorezca el pronto egreso del paciente de la UCI.

Empatía. Se refiere al nivel de atención individualizada que ofrece la enfermera a los pacientes, considerando sus particularidades y necesidades específicas, lo cual hará que estos perciban que son importantes y que se les respeta su condición humana, aún en la situación de vulnerabilidad que representa una enfermedad grave. Es comprender y aceptar que el paciente experimenta una crisis existencial en la cual necesita de acompañamiento (46,47).

En tal sentido, la empatía con el paciente es el elemento central de la calidad que brinda una institución de salud en cualquiera de sus áreas. Por lo cual es de esperarse que desde su ingreso reciba un cuidado empático de todo el personal que lo atiende. De esta forma se garantiza que los pacientes se sientan satisfechos con el trato recibido, por la amabilidad y la orientación que le fue brindada durante la atención, y en el interés por resolver su situación de salud (51). Esta condición refleja la dimensión ética del cuidado, porque envuelve aquellos aspectos de la relación interpersonal que exigen el establecimiento de la empatía y el respeto a la dignidad humana (50).

Al considerar lo expuesto, es necesario que la enfermera en la UCI proporcione su nombre para que la persona y sus familiares puedan identificarla, y a su vez, llamar al

paciente por su nombre. Explicar en la medida de lo posible los procedimientos y medidas terapéuticas que se le van a realizar, con un lenguaje sencillo y claro, adecuado a su nivel educativo y cultural, y de igual forma, considerar la privacidad durante el diálogo mostrándose interesada por los problemas de salud que experimenta.

Todo ello implica una actitud profesional dirigida hacia el cuidado, mediante un trato amable de inicio, comprensión, cortesía y capacidad de respuesta, además de una apariencia acorde a su rol y proporcionar una información adecuada que permita establecer una relación empática, con confianza y respeto mutuo (52). Estas condiciones no solo abarcan la relación con el paciente, sino también en las relaciones que se establecen con sus familiares y otros profesionales, en especial sus pares enfermeros.

Elementos tangibles. Se refiere a la apariencia física, instalaciones físicas, como la infraestructura, equipos, materiales, personal (47), elementos muy característicos en la UCI, ya que están colmadas de equipos de alta tecnología que son valorados por el paciente como elementos esenciales para el restablecimiento de su salud.

Los elementos tangibles representan la parte visible del servicio que se ofrece, por tanto, todos los insumos que se relacionan con esta apariencia, transmiten una imagen o representación física que será evaluada por los pacientes para determinar la calidad del mismo. Esto obliga a los prestadores de salud a desarrollar estrategias que permitan que dichos elementos se destaquen incorporando equipos con tecnología de vanguardia, fortaleciendo la comunicación efectiva entre todo el personal y la relación entre el mismo y el paciente (54).

De allí que la enfermera como gestora de cuidado, debe evaluar y promover que la UCI existan equipos con tecnología de punta, o en su defecto, garantizar la

conservación de los que se disponga para que estos tengan un aspecto moderno que brinde seguridad y confianza al paciente. Asimismo, las instalaciones físicas deben estar en buen estado con limpieza y orden, acompañado de una apariencia agradable del personal, en correlación con el buen servicio ofrecido.

Lo antes señalado permite afirmar que la percepción que tenga el paciente sobre los cuidados recibidos por el personal de enfermería, juega un papel fundamental en la conexión que debe existir entre ambos, permitiéndole adaptarse de forma adecuada al entorno.

Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos de Imogene M. King.

En el desarrollo de la contextualización teórica de esta investigación, se han expuesto diversas ideas planteadas por diversos autores, destacándose las diversas teoristas de la enfermería, que han desarrollado sus supuestos para fortalecer el arte de la profesión, entre ellas la de King. Por tanto, hacer referencia de esta teoría en este estudio, se basa en que sus conceptos involucran la percepción como parte de la experiencia del cuidado. En ese sentido, esta establece que los conceptos dan significado a las percepciones sensoriales, permitiendo generalizaciones tanto en personas, como objetos y cosas (55).

En la teoría de consecución de objetivos plantea que debe existir una interacción entre el paciente y el profesional de enfermería, lo cual se refleja en un proceso durante el cual cada uno de ellos percibe al otro, realiza un juicio y se comunica para crear así una acción. Al mismo tiempo dicha acción suscita una reacción, establece objetivos,

implantan las medidas que permitan alcanzar las metas, para llegar a un acuerdo, el cual se conoce como transacción (56).

Dicha transacción es considerada un sistema abierto, en el cual ocurre la retroalimentación, ya que las percepciones que tenga la persona sobre el cuidado que recibe, pueden estar influidas en cada fase de una actividad. Por tanto, la teoría de la consecución de objetivos que plantea de King, está centrada en el sistema interpersonal y en la relación enfermera-paciente, es decir que, en el proceso de enfermería, cada miembro de la díada percibe al otro, realiza juicios y desempeña acciones (55,56).

Esta teoría plantea una serie de proposiciones, descritas a continuación (55,56):

1. Si existe precisión perceptiva (PP) en las interacciones enfermera-cliente (I), habrá transacciones (T). $PP(I) \rightarrow T$. Es decir, que si la enfermera de la UCI es capaz de establecer ese intercambio de percepciones, se puede dar el acuerdo requerido para establecer el cuidado humanizado.

2. Si existen transacciones (T) entre la enfermera y el cliente, se conseguirán los objetivos (OC). $T \rightarrow OC$. Al llegar a ese acuerdo, el objetivo primordial que es el restablecimiento de la salud del paciente que ingresa a la UCI, podrá ser alcanzado.

3. Si se consiguen los objetivos (OC), habrá satisfacción (S). $OC \rightarrow S$. Tomando en cuenta que el objetivo primordial de recibir cuidado es el restablecimiento de la salud, alcanzando las expectativas que haya tenido el paciente y su familia al ingresar en la UCI.

4. Si se consiguen los objetivos (OC), se dará una asistencia enfermera eficaz (AEe). $OC \rightarrow AEe$. El logro de metas evidencia la eficacia de los cuidados

proporcionados, mediante indicadores establecidos previamente en la planificación de los mismos como parte del proceso enfermero.

5. Si hay transacciones (T) en las interacciones enfermera-cliente (I), se promueven el crecimiento y el desarrollo (CD). $(I)T \rightarrow CD$. Es decir, que el cuidado brindado al paciente debe trascender de la satisfacción de necesidades físicas, y estar dirigidos también hacia lo emocional y espiritual, en aras de favorecer el crecimiento. Ayudar al otro a crecer y desarrollarse.

6. Si la enfermera y el cliente perciben las expectativas acerca de la coherencia de los roles (CNR) de desempeño y actividad, habrá transacciones (T). $CNR \rightarrow T$.

7. Si la enfermera, el cliente o ambos tienen un conflicto de roles (CR), se producirá estrés (E) en las interacciones enfermera-cliente (I). $CR(I) \rightarrow E$

8. Si las enfermeras con un conocimiento y capacidad específicos transmiten (CM) la información adecuada a sus clientes, se dará una propuesta de objetivos mutuos (T) y de consecución de objetivos (OC). $OM \rightarrow T \rightarrow OC$

Al considerar lo antes descrito, es necesario destacar que esta teoría se fundamenta en las interacciones enfermera-paciente dirigida hacia consecución de objetivos. En dicha relación el profesional de enfermería establece metas de manera conjunta, identificando y llegando a acuerdos acerca de los medios a utilizar para lograr esas metas. Pero para ello se requiere que la enfermera parta del reconocimiento de las preocupaciones, problemas y molestias de que tiene la persona de su salud, que representa la esencia de esta investigación.

Cuidado humanizado

Como punto inicial para abordar este aspecto que representa la esencia de esta investigación, es importante destacar el humanismo conceptualizado como aquella acepción que se ocupa de la literatura, los valores y problemas humanos de manera general, y que de alguna forma contradice al positivismo. Es así que, el término humanizar, cuando se sitúa en el contexto de la salud, hace referencia a que todo aquello que el ser humano hace para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente, dirigido a alcanzar una vida sana que abarque lo físico, emocional, social y espiritual. Asimismo, la humanización de los cuidados involucra un proceso de interacción personal en el cual se muestran de manera clara las necesidades, el reconocimiento de los sentimientos y una actitud positiva hacia la salud, tanto en la prevención como en la curación (57).

En efecto, el cuidado es la esencia del que hacer de enfermería en la búsqueda de protección de la vida, a través las actividades positivas para los usuarios y familiares. Este pasa a ser la forma en que la enfermera realiza su trabajo, utilizando no solo las técnicas sino los valores que le facilitarán la conservación, el restablecimiento de la vida y el enseñar el propio auto cuidado que debe mantener la persona. Es así como se considera al ser desde las etapas: nacer, crecer, reproducirse y morir; componentes que la enfermera debe considerar, a cada una de ellas, cubriendo así las necesidades y propiciando la satisfacción del paciente, familiar o comunidad donde se desenvuelve (56).

Es decir, que es este proceso de cuidar se requiere la aplicación de un conjunto de acciones en busca de la sanación y el bienestar del ser cuidado, lo que implica ser facilitadores de la satisfacción de necesidades, generando una relación interpersonal enfermera-paciente y fomentando la conservación de la salud y la recuperación de su equilibrio holístico: físico, social, mental y espiritual (18). De esta manera, el cuidado

humanizado de enfermería requiere entender que "el otro" necesita ser cuidado en la totalidad de su persona, desprendiéndose de esa concepción que se enfoca solo en lo biológico (57). Cuidado significa centrarse en la persona que requiere del mismo, y permitir que los sentimientos vean reflejados en el actuar con los pacientes (58), para lo cual se requiere conocer las actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones del paciente, además de los conocimientos que posee la enfermera, requiere manifestarse como persona: única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo (59).

En consecuencia, hablar de cuidado humanizado exhorta a basar la calidad de mismo en el trato que recibe el paciente al momento que el personal de enfermería le brinda los cuidados respectivos, los cuales deben ser proporcionados de manera transpersonal, con sensibilidad, responsabilidad y ética, valorando su dignidad humana (61). Es decir, un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona (59).

Dimensiones del cuidado Humanizado.

Es un hecho que las UCI, se caracterizan por brindar un cuidado especial que amerita un profesional de enfermería con un perfil de formación con competencias muy particulares y complejas, que van desde la vigilancia del comportamiento hemodinámico, la identificación de problemas o la administración de medicamentos por vías invasivas, hasta la valoración y tratado del paciente con sensibilidad, comprensión, empatía, siempre basado en los conocimientos científicos (60) Esta proposición implica la consideración

de dos elementos claves en la prestación de cuidados, que son la satisfacción de necesidades y establecimiento de una relación enfermera paciente genuina (61,62).

Con relación a la satisfacción de necesidades, representa un recurso indispensable e importante para la conservación, bienestar y confort de la persona. Aliviar las necesidades físicas del paciente implica brindarle el mayor bienestar posible, ofreciéndole la mayor comodidad posible utilizando los procedimientos menos invasivos que estén a nuestro alcance y, a la vez, mantener su privacidad y dignidad. El brindar cuidado está destinado a satisfacer los requerimientos de la persona humana en el área de salud incluyendo a su familia. De igual manera es un proceso humanístico e integrativo, porque abarca las diferentes necesidades. Dentro de estas se tienen:

Necesidades físicas. El cuidado es básico y esencial para mantener el bienestar, por lo que el rol de enfermería es de suma importancia en la satisfacción de estas necesidades, en la potenciación y readaptación de las capacidades y en la garantía de la dignidad del paciente. Entre estas necesidades se encuentran la higiene corporal, higiene bucal, para evitar la sequedad de piel y mucosas, el cambio de posición dirigido al confort del enfermo y prevención de úlceras por presión, y la vigilancia de la eliminación fecal y urinaria (63,64), todas relacionadas con las 14 necesidades de Virginia Henderson cuya teoría será descrita posteriormente.

Con respecto al confort, es considerado un aspecto muy relevante en la atención de enfermería en la UCI, caracterizándose por la sensación de tranquilidad física y de bienestar corporal del paciente. Es tan importante que se considera una experiencia holística porque proporciona alivio, tranquilidad y trascendencia luego que es proporcionado (65). Este a su vez, debe ir acompañado del cuidado y la higiene de la piel

como parte de los cuidados diarios en los pacientes, porque además de potenciar el bienestar, elimina sustancias de desecho, evita la fricción y la humedad, disminuyendo así los riesgos de lesiones cutáneas, las cuales pueden verse fomentadas por la utilización de dispositivos invasivos (66).

Necesidades emocionales. Brindar apoyo emocional como condición del cuidado humano se ve reflejado en los comportamientos y actitudes de la enfermera mostrando confianza, apoyo, dedicación, interviniendo y brindando tranquilidad y seguridad durante los procedimientos médicos (66). Es por ello que se hace necesario la comprensión de la persona en su conformación física y psicológica, para incorporar en la planeación de los cuidados la minimización de eventos estresantes (67)

En la UCI, además de las necesidades objetivas relacionadas con la supervivencia, los pacientes experimentan emociones y reaccionan ante el riesgo inminente de muerte, la restricción de la libertad y la privacidad, la falta de autonomía y los factores estresantes ambientales, ya que la hospitalización en dicho servicio representa una de las mayores crisis (67).

Por un parte, están aquellos pacientes cuya condición crítica de salud los mantiene inconscientes o porque requieren una sedación que garantice la aplicación de medidas terapéuticas, como por ejemplo la ventilación mecánica. De hecho, ante la incomodidad durante la hospitalización por elementos físicos como frío, calor, sed, dolor, y emocionales, que incluyen miedo, angustia e incertidumbre, se recomienda también estas medidas de sedación. Sin embargo, dicha condición no debe ser limitante para que la enfermera valore de manera biopsicosocial al paciente para resolver sus necesidades de acuerdo a las opciones disponibles en la unidad, donde se hace imperativo establecer una

comunicación efectiva que incluya familiares, y en la medida de lo posible al paciente, usando la tecnología como un facilitador en quienes no pueden expresarse. Todo ello en aras disminuyen el stress y la ansiedad que genera este ambiente hospitalario (68).

Por otra parte, se encuentran los pacientes que requieren estar ingresados en la UCI, pero su condición clínica no amerita limitantes en la comunicación, como la intubación, pero que de igual forma pueden presentar reacciones emocionales con respuestas no adaptativas, ameritando que el profesional de enfermería aplique medidas que favorezcan su adaptación a ese entorno, ya que la mayoría de estos pacientes no han sido preparados para ingresar en la UCI (67).

Lo antes expuesto permite reafirmar que en las UCI se brinda un cuidado especial y para tal fin se requiere de un profesional de enfermería con cualidades especiales, cuyo significado de cuidar no es solo vigilar el comportamiento hemodinámico, la identificación de problemas o la administración de medicamentos por vías invasivas, entre otras, si no que se requiere de ser un profesional con una formación basada en el interés real de restablecer la condición de salud del paciente, y dotado de sensibilidad para percibir, comprender los sentimientos y mantener la confidencialidad, a fin de actuar y humanizar su accionar con base en conocimientos científicos (63).

Ahora bien, como segundo elemento clave se encuentra Relación Enfermera-Paciente, siendo factor primordial la comunicación, ya que este diálogo permitirá al paciente/familia conocer su diagnóstico, sintomatología, evolución y tratamiento actual de su enfermedad, siendo necesario los principios, la congruencia y la honestidad. En esta dimensión están:

Características de la Enfermera. Se evidencian en un cuidado humanizado siendo la enfermera una persona cálida, agradable, que demuestra su simpatía, cordialidad en su atención, amabilidad, eficiencia en el quehacer de su labor diaria, brindando un cuidado comprometido y solidario teniendo claridad al comunicarse y manifestando estímulos positivos (59).

Las características antes citadas requieren de una enfermera intensivista gestora capaz de brindar cuidados de forma planificada, utilizando los recursos disponibles, fijando objetivos, metas y estrategias, entre las que se menciona como el proceso enfermero y su estandarización, a través de la NANDA, NOC Y NIC. Asimismo, este profesional debe expresar a través de sus cuidados, un proceso creativo, movilizandolos recursos humanos y los del entorno con el fin de favorecer el restablecimiento y conservación de la salud de la persona, es decir una enfermera innovadora del cuidado. Además, sustentada en la Enfermería Basada en la Evidencia, debe estimular la creación de modelos de cuidado basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica para fortalecer el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería (69).

Disponibilidad para la atención de enfermería. Dada a través de comportamientos como dedicación de tiempo al paciente, realizar seguimiento del paciente, administrar el tratamiento según los diez correctos, responder con rapidez al llamado, interesarse por el estado de ánimo y salud del paciente. El profesional de enfermería tiene dentro de sus funciones, ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, teniendo el profesional una actitud cálida, favorable y de apoyo con el paciente y sus familiares (70) ante la crisis que representa la hospitalización en la UCI.

Relación del cuidado transpersonal. Se basa en la capacidad del enfermo de tener una visión objetiva de su situación y la capacidad de los profesionales de enfermería de mostrar una genuina preocupación por la persona en todos los ámbitos del ser, creando una conexión espiritual que facilite el afrontamiento de la enfermedad; asumiendo una posición de trascendencia frente al sufrimiento que permita lograr la armonía interior (62).

De tal manera que la relación enfermería- paciente, permite fortalecer la humanización, ya que es necesario que la prestación de los cuidados de enfermería de calidad est'en fundamentadas en investigaciones científicas, enfocadas a la realización de una gestión del cuidado la cual se consideren los indicadores establecidos para poder evaluar los resultados; esto implica un compromiso y la disposición de involucrarse todos en el proceso para mejorar consecutivamente (71).

En tal sentido, no puede dejarse a un lado la necesidad de visualizar al hombre como un ser integral vive dentro de una estructura social y cultural que determina el estado de bienestar / salud; él cual debe ser considerado por el profesional de Enfermería al proporcionar cuidados culturalmente congruentes. De allí que Leininger describe que el cuidado representa la esencia y el fenómeno central de la profesión, por lo que debe ser valorizado en todas las áreas de su ámbito profesional (72).

La percepción también se analiza a través otras dimensiones como son las cualidades del hacer, la comunicación y la atención profesional que recibe el paciente, relacionadas con el cuidado humanizado.

Cualidades del hacer. Estas se manifiestan en la confianza, respeto, amabilidad y dignidad. En este sentido el cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera, por tanto comprende aceptar que son seres libres

cuyos errores son oportunidades para el aprendizaje. Requiere además de un trato amable, en el cual prevalezca el calor humano basado en la comprensión y respecto a su dignidad humana. Es brindar amor con las manos y el corazón (73).

Comunicación. Como otro elemento del cuidado que debe ser valorado por el paciente, comprende el diálogo, la sinceridad, el tiempo dedicado, la información proporcionada y la claridad. Se enfatiza entonces que en el acto de cuidar es importante no solo los conocimientos sino también la dedicación y paciencia, lo cual implica ayudar al otro a crecer, oírlo con atención. Por tanto durante este proceso es necesario que se demuestre sinceridad, lo cual se expresa cuando se cuida no por conveniencia sino porque la sinceridad como tal es parte integrante del cuidado (73). En efecto, cuando se interactúa con el paciente, la enfermera debe tomar en cuenta la comunicación no verbal a través de los gestos, que representan la expresión del mundo interior (74,75).

Atención Profesional. Esta se manifiesta a través del interés, las oportunidades, el cuidado y la comodidad. Es un hecho que el cuidado humanizado se basa en el interés personal del profesional de enfermería para cuidar, compartir con los pacientes, apoyarlos y ayudarlos, demostrando empeño y satisfacción al hacerlo y no solamente con la intención de cumplir una labor, horario o asignación. Para el paciente perciba el cuidado recibido de forma positiva, se debe interactuar de manera constante con él a través de las actividades asistenciales, y no enfocarse mayoritariamente en las funciones administrativas, porque se aleja del paciente y limita el cuidado humanizado (74, 75).

Bajo esta perspectiva, conocer el cuidado de enfermería desde la perspectiva del paciente permitirá establecer estrategias de intervención dirigidas a la satisfacción de necesidades de acuerdo al sentir del paciente, respetando su autonomía y haciéndolo

partícipe en el proceso de recuperación de su salud (76,77). Es decir, romper paradigmas y modificar el actuar de dicho cuidado en beneficio del paciente.

Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson

Tomando en consideración las teorías de enfermería para seguir contextualizando este estudio hacia la profesión, se hará una descripción breve de aquella en las que más de involucra la variable relacionada con el cuidado humanizado, que es la de Jean Watson.

De acuerdo con su filosofía, Watson propone que el cuidado que se brinda sólo puede practicarse eficazmente a través de las relaciones interpersonales y lo considera como el elemento central unificador de la práctica enfermera. Es decir, la esencia de la disciplina propone la teoría sobre el cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados, considerando los siguientes factores en el proceso de cuidar (20):

1. Formación de un sistema de humanístico-altruista de valores, que involucra la satisfacción que se recibe al ayudar a otra persona, al practicar un trabajo de calidad que satisface las necesidades físicas y emocionales del paciente que se encuentra ingresado en la unidad de cuidados intensivos.

2. Inculcar la fe y esperanza, que se refiere a la promoción del cuidado enfermero holísticos a los pacientes en la unidad de cuidados intensivos, el cual prevalezcan interrelaciones eficaces, promoviendo el bienestar y estimulándolo para que adopte conductas saludables.

3. Cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás. Este factor llama a atender al paciente reconociendo sus propios sentimientos, para convertir ese cuidado especializado que se brinda en la unidad, en un cuidado genuino, auténtico y sensible hacia el paciente.

4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza, que significa congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz.

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. Implica estar presente y apoyar la expresión de dichos sentimientos como una conexión espiritual profunda con uno mismo y con aquel a quien se debe cuidar. Es decir, se debe aceptar la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos, en la valoración que haga el paciente sobre los cuidados que recibe.

6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones. Este factor invita a que la enfermera que labora en la UCI, haga uso de su creatividad y de todas las vías por las cuales se puede adquirir el conocimiento como parte del proceso de cuidado.

7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje. Implica ser partícipe de una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje, separando el cuidado de la curación al permitir que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud.

8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual. La enfermera de la UCI debe promover la creación de un entorno de curación a todos los niveles, tanto físico y no físico de energía y conciencia, a fin de potenciar la salud del paciente desde lo ético y estético del cuidado, siempre dispuesto a aprender y mejorar la práctica profesional desde una perspectiva humana.

9. Asistencia en la gratificación de necesidades humanas. Consiste en brindar esos cuidados humanos esenciales para satisfacer las necesidades básicas, de manera que los pacientes puedan cubrir las de un rango superior.

10. Fomento de las fuerzas existenciales, que implica abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado. (20, 35).

No obstante, Watson afirma que la responsabilidad de las enfermeras trasciende estos factores mencionados y resalta la importancia de la percepción del cuidado humanizado que engloba principalmente la relación del cuidador y el que es objeto de cuidado. Entre las que se destacan las siguientes: 1. Sentimientos del paciente. 2. Características del personal sanitario. 3. Dar apoyo emocional. 4. Dar apoyo físico. 5. Cualidades del hacer del personal sanitario. 6. Proactividad. 7. Empatía 8. Priorizar al ser cuidado. 9. Disponibilidad para la atención. De tal manera que ello dignifica al paciente y fortalece su autonomía (35,75,77), incluso en situaciones de salud en las que su grado de dependencia de enfermería es alto, como en la UCI.

Ahora bien., todas estas premisas se fundamentan en proporcionar cuidados que promuevan la satisfacción del paciente, en cualquiera de las áreas en que se le brindan, cuya evaluación representa uno de los indicadores más importantes para evaluar la calidad del cuidado.

Satisfacción

Para describir esta variable en estudio, se inicia con algunos aspectos señalados por Donabedian (23). Este autor que enfoca sus aportes teóricos en torno a la calidad de la atención, establece que su definición implica tres factores esenciales. 1. El fenómeno que constituye el objeto de interés; 2. Los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio, y 3. Los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor.

De estos tres, se enfatiza que de los atributos existen dos aspectos que se deben considerar. El primero es la aplicación del conocimiento médico y la tecnología, a fin de alcanzar el mayor beneficio posible con un mínimo de riesgos, sin dejar a un lado las preferencias de cada paciente. El segundo aspecto, es el manejo de la relación personal con el paciente, la cual exige la aplicación de principios éticos y convenciones sociales, tomando en cuenta las expectativas y necesidades legítimas del paciente.

Satisfacción del paciente

La satisfacción puede definirse como la medida en que la atención brindada y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario, es decir, la respuesta de atención recibida por parte del profesional de Enfermería en relación al cuidado humanizado (78)

La satisfacción se considera una atención de calidad y calidez que brinda la enfermera al paciente; esto depende mucho de los factores como: actitud, ambiente y trato humanizado que se brinda a cada persona. Esta satisfacción se mide mediante el uso de encuestas aplicadas a las mismas personas que utilizan el servicio, considerado el ambiente donde se llevan a cabo los cuidados y las relaciones entre usuario y el especialista que le da el cuidado. De este modo, la satisfacción es la mejor forma evaluativa de la calidad de atención, ya que viene a ser el sentimiento subjetivo de aprobación de los cuidados que recibe de parte del profesional. Por tanto, en este proceso el paciente es capaz de percibir la importancia del cuidado en su vida y el aporte que brinda el personal de salud (79)

De manera tal que el paciente se siente satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Para esta investigación se entenderá la Satisfacción de la

persona como la medida que hace que el paciente ingresado en la UCI se sienta satisfecho con respecto al cuidado de enfermería y que se haya cumplido con las expectativas que tenía con respecto a la resolución del problema de salud.

Dimensiones de Satisfacción

Como se ha venido planteando, la satisfacción del paciente se relaciona directamente con la satisfacción de sus necesidades y deseos a través de los servicios de salud proporcionados, es decir que la calidad de un servicio sanitario como la UCI, puede ser evaluada por la medición del grado de satisfacción que tenga el paciente. De manera general, se toma en cuenta la existencia de al menos tres elementos necesarios para la valoración de la satisfacción de la calidad de atención por los pacientes: el aspecto instrumental, es decir la aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas; el expresivo, relacionado con el comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación; y la comunicación, que se fundamenta básicamente en dar y recibir información (79).

Sin embargo, para evaluar esta satisfacción se sugiere hacerla desde las perspectivas de las dimensiones de accesibilidad, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, monitorea y hace seguimiento, basado en un modelo teórico bastante respaldado y descritos por Patricia Larson et. al. (80).

Accesibilidad. Se debe considerar como ese contacto que se establece entre el profesional de enfermería y el paciente, mediante el cual se promueve su apoyo y ayuda. Esta dimensión hace alusión al comportamiento del cuidado esencial del profesional de enfermería, el cual deber ser administrado oportunamente al paciente, como por ejemplo acercarse para brindarle un poco de su tiempo (81).

Cabe considerar que el paciente en las áreas críticas se encuentra temeroso de perder la vida porque se enfrenta a una alteración grave de su salud, es consciente de la urgente atención que necesita y por ello se muestra ansioso. Por lo tanto, en este caso la interacción con el profesional influye en reducir ese nivel de ansiedad cubriendo las expectativas del paciente de acompañamiento.

Explica y Facilita. Se basa en la información que brinda la enfermera de manera clara y oportuna al paciente sobre su enfermedad, tratamiento y cuidados que recibirá para su bienestar y recuperación (76). La orientación que recibe el paciente mejora el vínculo con la enfermera ya que le permite aclarar inquietudes con respecto al ambiente, al personal de salud de salud que lo atiende, los horarios, además que permite que esté en la capacidad de solicitar el cuidado que necesita, involucrándose como ente activo en sus cuidados.

Conforta. Es considerada una sensación agradable que puede experimentar el paciente cuando la enfermera se le acerca, establece una comunicación y contacto físico, escucha con atención e involucra a la familia en su cuidado (32). Por tanto, el paciente espera que el profesional de enfermería le brinde las comodidades para la atención que requiere, esté pendiente del ambiente y de las acciones de confort, del buen trato, de lo motivado que esté para la recuperación de su salud, lo que conlleva a que perciba satisfacción de sus cuidados (78).

Anticipa. Es aquella evaluación que hace el profesional de enfermería de manera anticipada, es decir la planificación que hace de acciones considerando las necesidades del paciente (81). Esto permite al profesional de enfermería establecer contactos

oportunos con el paciente y prevenir complicaciones (46), las cuales son comunes en las UCI, sobre todo aquellas inherentes al cuidado, como las IAAS y las LPP.

Mantiene una Relación de Confianza. Es importante destacar que esta hace referencia a los cuidados que ofrece el profesional de enfermería para que el paciente y su familia tengan expectativas positivas sobre su salud. Para ello es imprescindible que los cuidados sean dirigidos a la recuperación, con una cercanía física y emocional del profesional de enfermería, y a su vez la incorporación y motivación del paciente a los cuidados del personal (81,82).

Monitorea y hace Seguimiento. Se caracteriza por la evaluación final de aquellos cuidados que son proporcionados por el profesional de enfermería, sustentados en el conocimiento propio con el dominio de lo técnico-científico en la ejecución de los procedimientos, tanto individuales como con su grupo de trabajo (82). La enfermera que labora en la UCI, debe valorar constantemente que todo se realice de forma correcta y en tiempo adecuado, a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades de los pacientes allí hospitalizados.

Todo lo anteriormente planteado son elementos de cuidado de enfermería que van a contribuir a la satisfacción del usuario

Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

El modelo conceptual de Henderson establece que la función de la enfermería es en esencia ayudar a la persona sana o enferma en la realización de aquellas actividades que favorezcan su salud o el restablecimiento de la misma, incluso en la etapa final de la vida, siendo que dichas actividades las llevaría a cabo por si misma, con la

fuerza, voluntad y conocimiento necesarios (83). Por tanto, esta teorizante consideraba que este individuo necesita ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo (27). De allí su importancia para garantizar la satisfacción del paciente.

Asimismo, en la propuesta de su modelo plantea que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y en sus asunciones filosóficas establece que la enfermera una función propia, y si esta asume un rol médico, se desprende de su propia función, por tanto, la sociedad espera un servicio de la enfermera que no puede proporcionarle otro profesional, y en su relación enfermera-paciente actúa en los siguientes niveles: a) sustituta del paciente, b) colaboradora para el paciente y c) compañera del paciente (27, 83)

Para ello, identificó 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería y que le permiten distinguirse de otros profesionales en sus funciones. Las guardan estrecha relación con la función de la enfermera en la UCI, las cuales son: 1. Respirar normalmente; 2. Comer y beber adecuadamente; 3. Eliminar los desechos corporales; 4. Moverse y mantener posturas deseables; 5. Dormir y descansar; 7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno; 8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel; 9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros; 10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones.

Ahora bien, las necesidades no mencionadas anteriormente no significan que no tiene importancia a la hora de cuidar a un paciente en dichas unidades, pero estas se relacionan con necesidades de rango mayor, que a medida que se van resolviendo las que

involucran las necesidades básicas, estas irán emergiendo como necesarias para garantizar el cuidado holístico del paciente ingresado en la UCI, como son: 6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse; 11. Rendir culto según la propia fe 12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro 13. Jugar o participar en diversas formas de ocio 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles (27).

La importancia de considerar este marco conceptual de enfermería en esta investigación, se basa en la satisfacción de dichas necesidades al paciente, de quien se obtendrá su percepción y satisfacción con respecto los cuidados recibidos por el profesional de enfermería durante su estadía hospitalaria en la UCI.

2.3. Hipótesis

Hipótesis general:

El cuidado humanizado de enfermería percibido por el paciente influye significativamente en su satisfacción en la unidad de cuidado intermedio de un hospital público de Lima

El cuidado humanizado de enfermería percibido por el paciente no influye significativamente en su satisfacción en la unidad de cuidado intermedio de un hospital público de Lima, 2022

Hipótesis específicas

La percepción del paciente crítico sobre cuidado humanizado de enfermería en su dimensión Cualidades del Hacer influye significativamente en su satisfacción en la unidad de cuidados intermedios de un hospital público de Lima

La percepción del paciente crítico sobre cuidado humanizado de enfermería en su dimensión Comunicación influye significativamente en su satisfacción en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público de Lima

La percepción del paciente crítico sobre cuidado humanizado de enfermería en dimensión Atención Profesional influye significativamente su satisfacción en la unidad de cuidados intermedios de un hospital público de Lima.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Esta investigación se desarrolla a través del método hipotético-deductivo, porque su punto de partida es el planteamiento de hipótesis para establecer nuevas deducciones (84). Es decir, que se inicia con el planteamiento de la relación que existe entre la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que recibe del profesional de enfermería en la UCI y su satisfacción, con el propósito de establecer predicciones sobre la calidad d dicho cuidado verificando empíricamente la veracidad de dicha hipótesis, aplicando las reglas de la deducción.

3.2. Enfoque de la investigación

Se desarrollará con enfoque cuantitativo el cual asume una realidad objetiva, para cuyo estudio es una condición fundamental la separación de quien investiga respecto al objeto de estudio, se caracteriza por privilegiar la lógica empírico-deductiva, a partir de procedimientos rigurosos, métodos experimentales y el uso de técnicas de recolección de datos estadísticos (85). En efecto, este estudio pretender alcanzar los objetivos propuestos

mediante la medición de la variable en estudios con instrumentos que transforman la información recolectada en datos numéricos.

3.3. Tipo de investigación

Esta investigación se corresponde a una Investigación Aplicada, la cual tiene como propósito resolver un problema determinado, para buscar o consolidar el conocimiento para su posterior aplicación en la práctica (86); se refiere entonces a la utilización de resultados que surgieron de un proceso riguroso, organizado y sistemático para conocer la realidad (88). Por tanto, en este estudio permitirá adquirir nuevos elementos relacionados con el cuidado de enfermería dirigido a los pacientes ingresados en la UCI, a través de la valoración que ellos hagan mediante el estudio de su percepción sobre el cuidado humanizado y la satisfacción de haberlos recibido.

En cuanto al alcance, se establece como un estudio de tipo correlacional, ya que este permite asociar las “variables con un patrón predecible para un grupo o población” (83). A considerar el propósito del estudio, se establecerá la relación entre la percepción y la satisfacción del usuario, con respecto al cuidado humanizado.

3.4. Diseño de investigación

No experimental, ya que no existe manipulación de las variables independientes para ver su efecto en la otra; es transversal debido a que se evaluará el cuidado humanizado que brinda enfermería y la satisfacción del paciente en un solo momento no realizando un seguimiento; correlacional simple; ya que, se midiera cada una de las variables y luego se establecerá el grado de relación que existe entre ambas variables (89).

3.5. Población, muestra y muestreo.

Población:

La población estará constituida por los pacientes hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), luego de su egreso de la UCI, para lo cual se considera el número de camas del servicio y el promedio de estancia de los pacientes, por lo que se estima que la población objeto de estudio sea de 29 pacientes.

Muestra.

A pesar que la población es pequeña y de fácil abordaje, debido a las características de la población y los instrumento a utilizar, en el caso específico de esta investigación se realizará nuestro no probabilístico por conveniencia, siguiendo los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión que definirán las características particulares de la muestra en este estudio, además de su aceptación explícita de su participación mediante el consentimiento informado, son:

Pacientes que se encuentran en la UCIN que no se encuentran en sedación u otra situación patológica que limite su estado de conciencia.

Pacientes con una escala de Glasgow de 15 puntos

Que no tengan barreras de comunicación.

Que hayan superado su etapa crítica de salud, que ameritó su ingreso en la UCI.

Pacientes con 10 días de hospitalización

Criterios de Exclusión

Con respecto a las condiciones o características que presentan los participantes y que pueden alterar o modificar los resultados, por lo que no los hacen elegibles para el estudio, se consideraran. Para la investigación se excluirán:

Los pacientes que aún se encuentren en condición crítica.

Pacientes con escala de Glasgow menor de 15 puntos.

Los que tienen limitación para comunicarse verbalmente.

Los pacientes que no desean participar en el estudio.

3.6. Variables y Matriz de Operacionalización

Variable 1

Percepción sobre cuidado humanizado que brindó la enfermera al usuario en la unidad de cuidados intensivos.

Definición conceptual:

Es la interpretación que tiene la persona sobre el cuidado holístico recibido por el profesional de enfermería de acuerdo con las experiencias vividas y el aprendizaje que tuvo de ellas durante su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (37,44).

Definición operacional:

Valoración que hace el paciente de la unidad de cuidados intermedios sobre las intervenciones de enfermería relacionadas con las cualidades de hacer, comunicación y atención profesional.

Variable 2

Satisfacción del usuario en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público de Lima.

Definición conceptual

Es una apreciación individual acerca del servicio recibido durante su hospitalización en la UCI, mediante la cual la persona expresa una sensación de conformidad ante la satisfacción de todas necesidades de manera holística (70).

Definición operacional:

Grado en que el paciente ingresado en la UCIN evalúa de manera positiva o negativa los cuidados proporcionados por enfermería cuando estaban hospitalizados en la UCI, mediante los criterios del CARE Q, como son: la accesibilidad, explica y facilita, conforta, se anticipa, relación de confianza y monitorea y hace seguimiento.

Matriz de Operacionalización Variable 1						
Variab le	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala De Medición	Escala Valorativa
Percep ción sobre el cuidado humano zado	Es la interpretación que tiene la persona sobre el cuidado holístico recibido por el profesional de enfermería de acuerdo con las experiencias vividas y el aprendizaje que tuvo de ellas durante su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos	Valoración que hace el paciente de la unidad de cuidados intensivos sobre las intervenciones de enfermería relacionadas con las cualidades de hacer, comunicación y atención profesional.	Cualidades del hacer de enfermería	Amabilidad Tranquilidad Confianza Tono de voz Respeto las creencias y valores Cuidado con respecto	Categórica Ordinal	Alto=168 - 85 Medio = 84 - 41 Bajo= 42 o menos.
			Comunicación	Aclarar inquietudes Facilitar el diálogo Explicación de procedimientos Brindar educación e información	Categórica Ordinal	Alto=168-85 Medio = 84 - 41 Bajo= 42 o menos.
			Atención Profesional	Interés Aclara dudas Llamar por su nombre Atención de necesidades básicas Escucha activa Cuidado cálido Respeto por las decisiones	Categórica Ordinal	Alto=168-85 Medio = 84 - 41 Bajo= 42 o menos.

Matriz de Operacionalización Variable 2							
Variable	Dedición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala De Medición	Escala de Valoración	
Satisfacción del Usuario	Es una apreciación individual acerca del servicio recibido, mediante la cual la persona expresa una sensación de conformidad ante la satisfacción de todas las necesidades de manera holística.	Grado en que el paciente ingresado en la UCI evalúa de manera positiva o negativa los cuidados proporcionados por enfermería, mediante los criterios del CARE Q, como son: la accesibilidad, explica y facilita, conforta, se anticipa, relación de confianza y monitorea y hace seguimiento.	Accesibilidad	Aproximación Ofrecimiento Administración oportuna Frecuente Atiende al llamado Alienta	Categórica Ordinal	Ítems: 1 – 5 Satisfecho 168 Insatisfecho 84 o menor	
			Explica y facilita	Informa sobre sistema de ayuda Ayuda a expresarse Información clara y precisa Enseña autocuidado Sugiere preguntas Honestidad al informar	Categórica Ordinal	Ítems: 6 – 10 Satisfecho 168 Insatisfecho 84 o menor	
			Conforta	Medidas básicas de confort Anima Amable y cordial Escucha Establece contacto físico Involucra a la familia	Ordinal	Ítems: 11 – 19 Satisfecho 168 Insatisfecho 84 o menor	

	Se anticipa	Presta atención Oportuno Consonancia Receptividad Compresión	Ordinal	Ítems: 20 – 29 Satisfecho 168 Insatisfecho 84 o menor
	Relación de confianza	Dedicación Interés Ofrece alternativas, metas y oportunidades Concilia Permite expresión de sentimiento Explica	Ordinal	Ítems: 30 – 38 Satisfecho Insatisfecho
	Monitorea y hace seguimiento	Porta uniforme adecuadamente Organiza Seguridad y tranquilidad al proporcionar los cuidados	Ordinal 0: Nunca, 2: A veces, 3: Siempre.	Ítems: 39 – 46 Satisfecho Insatisfecho.

3.7. Técnica e instrumento de recolección de datos:

3.7.1. Técnica

Las técnicas básicas para la recolección de información, se puede definir como; el medio a través del cual el investigador se relaciona con los participantes para obtener la información necesaria que le permita alcanzar los objetivos planteados en la investigación. La técnica para utilizarse es la encuesta, la cual permite obtener información que se extrae de una muestra acerca de un tema en particular.

3.7.2. Descripción del instrumento

Consta de dos partes. La parte I, recoge datos como la edad y sexo del paciente. La parte II, permitirá la recolección de datos de las variables en estudio, la cual contará con dos cuestionarios. Uno es el Instrumento Percepción Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) (91) y el otro, el cuestionario o Caring Assessment Instrument CARE Q (92) para la variable satisfacción

Instrumento Percepción Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE)

Consta de 32 ítems considerando las tres dimensiones: Cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente y disposición para la atención, que valoran la percepción del paciente. Consta de 32 preguntas con 4 alternativas: 4=Siempre; 3=Casi Siempre; 2=Algunas veces; y 1=Nunca. Su tiempo de aplicación es aproximadamente 30 a 40 minutos.

La escala para medir la percepción general se establece de la siguiente manera: Alto (Percepción favorable) = 168- 85; Medio (Percepción Medianamente Favorable) = 84 - 41; Bajo (Desfavorable) = 42 o menos.

Cuestionario CARE Q

Este instrumento consta de dos partes (92):

I. Características generales del paciente constituido por 2 ítems: sexo y edad; y II. Contiene seis categorías determinadas para medir el grado de satisfacción de los pacientes en relación a la calidad del cuidado brindado por los profesionales de enfermería constituido de 46 ítems, distribuidos de la siguiente forma:

- Accesibilidad (5 preguntas) del 1 al 5
- Explica y facilita (5 preguntas) del 6 al 10
- Conforta (9 preguntas) 11 al 19
- Se anticipa (10 preguntas) 20 al 29
- Mantiene relación de confianza (9 preguntas) 30 al 38
- Monitorea y hace seguimiento (8 preguntas) 39 al 46

Finalmente, de acuerdo al nivel de satisfacción que cada paciente haya obtenido en cada uno de los ítems. Los puntajes asignados a cada pregunta para medir el grado de satisfacción de los pacientes en relación con la calidad del cuidado brindado por los profesionales de enfermería serán determinados por una escala de Likert y sus respectivos puntajes, donde 0: Nunca, 1: A veces, 3: Siempre.

3.7.3. Validación

Para realizar la validación del instrumento PCHE se empleó la validez por expertos los que determinaron la consistencia del contenido de los ítems y la variable en estudio. Se obtuvo un índice de acuerdo de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por el grupo de expertos (84)

Con respecto al CARE Q, para determinar la validez interna del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales (63). El análisis de validez por dimensión fue: accesible, $\alpha=0.627$; explica y facilita, $\alpha=0.57$; conforta, $\alpha=0.79$; se anticipa, $\alpha=0.566$; mantiene relación de confianza, $\alpha=0.591$; monitorea y hace seguimiento, $\alpha=0.907$. Posterior a esto se realizó un análisis factorial extrayendo los ítems: 2, 8, 29 y 39 del cuestionario, los resultados obtenidos, se considera de interés continuar con el análisis sobre las propiedades psicométricas del instrumento corto CARE-Q, para evaluar su comportamiento en otras poblaciones, tal como se ha venido realizando con la versión en inglés. Además, la investigación en este ámbito demanda estudios que clarifiquen las relaciones entre las diferentes dimensiones que miden la satisfacción del cuidado (85).

3.7.4. Confiabilidad

Para el PCHE se realizaron hizo pruebas psicométricas, que evalúa las características de la atención de enfermería en escenarios hospitalarios (84). El instrumento se revisó con la participación de 320 pacientes hospitalizados, y confiabilidad mediante la valoración de la consistencia interna. En el análisis factorial, se obtuvo una prueba de KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) de 0,956 y una prueba de esfericidad de Bartlett de 0,0; estos indicadores permitieron calcular las cargas factoriales y así determinar estadísticamente el constructo

del instrumento que llevó a definir teóricamente tres dimensiones: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente y disposición para la atención. se determinó que el instrumento PCHE. Para su nueva versión, es confiable, ya que obtuvo un alfa de Cronbach de 0,96.

En lo que respecta a la confiabilidad del CARE-Q, este procedimiento descriptivo dio como resultado una estructura de 6 componentes que mostró una varianza de 52% y un alfa de Cronbach de 0.881.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Procedimiento de recolección

Para la aplicación del instrumento de recolección de los datos, se pretende cumplir con los siguientes pasos:

1. Se hará la solicitud ante el Comité de Ética de la Institución Académica Universitaria Norbert Wiener, para que autoricen su realización con la entrega del entrega del proyecto de investigación.
2. Luego de autorizado mediante un aval de la institución académica, se gestionará la autorización de las autoridades del hospital público donde se aplicará el instrumento, estableciendo claramente los objetivos del mismo para que permitan su aplicación.
3. Se acudirá a la UCI para identificar a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, a quienes se les hará entrega del consentimiento informado.
4. Si el paciente decide participar, se hará entrega del instrumento para su llenado, haciendo énfasis en que se estará allí para aclarar dudas que se generen durante el proceso.

5. Posteriormente se procederá a registrar las respuestas en una base de datos para su posterior análisis.

Análisis de los datos

En la presente investigación para el procesamiento de los datos, una vez recolectados se procederá a vaciar en una base de datos en Excel y posteriormente con el programa estadístico SPSS v.25 se realizará el análisis estadístico y el procesamiento de la información recolectada se representará el análisis descriptivo de las variables cualitativas en las frecuencias absolutas y relativas (%) y en el análisis de las variables cuantitativas se estimarán medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

La valoración inferencial de los datos se realizará mediante la prueba no paramétrica prueba Chi cuadrado o χ^2 , cuando exista un máximo del 20% de frecuencias inferiores a 5 y como prueba paramétrica el Coeficiente de Relación de Pearson; en caso que la frecuencia sean mayores de 5, se utilizará el Coeficiente de Correlación por Rangos Ordenados de Spearman, ideal para relacionar dos variables ordinales. Los resultados de la correlación (r) indicarán el grado de relación (entre valores de -1 a 1, incluyendo el 0); en caso de que se obtuviera un resultado de correlación con el signo negativo (-) significaría que la relación es inversa, y si se obtuviese un resultado con signo positivo (+) indicaría el sentido de la relación es directa, también se tendrá en cuenta el valor de $p < 0.05$ evidenciaría una relación estadísticamente significativa.

3.9. Aspectos éticos

Durante esta investigación se tendrán en cuenta los principios éticos, así como también el permiso institucional y el consentimiento, para proteger a los sujetos de estudios, que son los pacientes ingresados en la UCI.

El principio de Autonomía, se garantizará mediante el derecho que tendrá el paciente de participar o no en el estudio, cuya decisión de hacerlo estará registrada en la firma del consentimiento informado. Dicho consentimiento muestra los beneficios del estudio, enfocados hacia la importancia que tiene conocer la percepción y satisfacción del paciente acerca de los cuidados recibidos, a fin de establecer acciones que permitan mejorar dichos cuidados. Esto garantiza el principio de Beneficencia.

En cuanto al Principio de Justicia, es importante mencionar que todos los paciente que cumplan con los criterios de inclusión, serán considerados para la realización de esta investigación, sin que sus condiciones sociales, políticas, religiosas, culturales o económicas, impidan su participación.

El Principio de No Maleficencia se aplicará durante este estudio, porque no se pretende manipular las variables en estudio, dada la naturaleza del mismo, por tanto no serán expuestos a ningún daño o perjuicio. A su vez, las respuestas dadas en los respectivos instrumentos serán manejados de forma confidencial garantizando su anonimato, y la aplicación del mismo será mediante previa autorización de las autoridades del hospital.

4. Aspectos administrativos

4.1. Cronograma de Actividades

Tiempo	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades																								
Identificación del Problema	x	x																						
Búsqueda bibliográfica			x	x																				
Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes				x	x	x																		
Importancia y justificación de la investigación						x	x																	
Objetivos de la investigación							x																	
Enfoque y diseño de investigación							x	x	x															
Población, muestra y muestreo									x	x	x	x												
Técnicas e instrumentos de recolección de datos													x	x	x									
Aspectos bioéticos															x	x								
Métodos de análisis de la información																	x	x	x					
Elaboración de aspectos administrativos del estudio																				x				
Elaboración de los anexos																					x	x		
Aprobación del proyecto																							x	x

4.2. Presupuesto

	Precio unitario	Cantidad	Precio total
RECURSOS HUMANOS			
Encuestadores	s/. 50.00	1	s/. 50.00
Bioestadísticos	s/. 400.00	1	s/. 400.00
RECURSOS MATERIALES Y EQUIPOS (BIENES)			
Carpetas	s/. 3.00	5	s/. 15.00
Papel Tamaño Carta	s/. 0.10	50	s/. 5.00
Cartucho de Tinta	s/. 90.00	1	s/. 90.00
USB	s/. 20.00	1	s/. 20.00
Lápices	s/. 1.00	5	s/. 5.00
SERVICIOS			
Fotocopias	s/. 0.10	50	s/. 5.00
Anillados	s/. 10.00	5	s/. 50.00
GASTOS ADMINISTRATIVOS Y/O IMPREVISTOS			
Movilidad, uso de computador	s. 100.00		
Total			s/.640

REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

1. Guerrero R. Meneses M. De La Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima, Callao, 2015. Rev Enferm Herediana [Internet]; 2016, 9(2):133-142 [citado, 25 abril 2022]; Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017>
2. Ramos S. Ceballos P. Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. Enfermería (Montevideo) [Internet]; 2018 Jun 7(1): 3-16 [citado, 18 de mayo 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1537>.
3. De la Fuente C, Rojas M, Gómez MR, Lara P, Morán E, Aguilar E. Implantación de un proyecto de humanización en una unidad de cuidado intensivo. Med Intensiva [Internet]; 2018 42(2):99-109 [citado, junio 28 2021]; Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-implantacion-un-proyecto-humanizacion-una-articulo-S0210569117302206>
4. Monje P. Miranda P. Oyarzün J. Seguel F. Flores E. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. Cienc. enferm. [Internet]. 2018, 24: 5 [citado, 28 de abril 2022]; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100205&lng=es.
5. Correa M. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid [Internet]; 2016, ene-jun; 7(1): 1227-1231 [citado, 26 de abril 2022]; Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-790012>

6. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2020. Estado de la enfermería mundial 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra: OMS; 2020.
7. MINSA. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Lima: Ministerio de Salud. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud en el Marco de la Pandemia COVID – 19, Perú. 2020 [Internet] Serie Bibliográfica Información de Recursos Humanos en Salud N° 30. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2040124/Documento.pdf>
8. Peralta R. Gallegos R. Tasayco M. Torres Y. Hurtado A. Situación de enfermería en Perú: una mirada en prepandemia. Revista Recién [Internet]. 2021 [citado, 24 abril 2022]; 10(3). Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/109>
9. Zegarra M. Arias Y. Nuñez C. Mannarellis M. Figueroa E. Rodríguez P. Diagnóstico de le enfermería en el Perú. Una perspectiva histórica y de equidad de género. Colegio de Enfermeros del Perú [Internet]. 2021, Lima. [citado, 27 abril de 2022]; Disponible en. https://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2021/11/Diagnostico_enfermeria.pdf
10. Ministerio de Salud. Norma Técnica de la unidad de cuidados intensivos. Lima – 2005 [Internet]. [Citado, 25 de abril del 2022]. Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/gestioncalidadanter/normatividad/Garantia%20y%20Mejoramiento/2RM489-2005%20UCI.pdf
11. Universidad Nacional del Altiplano de Puno. Día de la enfermera peruana: ¿cuál es la situación actual del profesional de salud? [Internet] 12 julio, 2021 [citado 24 abril

- 2022]. Disponible en: <https://ep.unap.edu.pe/enfermeria/dia-de-la-enfermera-peruana-cual-es-la-situacion-actual-del-profesional-de-salud/>
12. Revollé A. Capacidad sanitaria en Perú: ¿cuánto cambió nuestro sistema de respuesta a dos años de la pandemia? Unidad LR Data [Internet] 16 marzo, 2022 [citado, 24 abril 2022]; Disponible en: <https://data.larepublica.pe/capacidad-sanitaria-en-peru-cuanto-cambio-nuestro-sistema-de-respuesta-a-dos-anos-de-la-pandemia/>
13. Delgado J. Lara V. Flores L. Sabando A. Aguilar G. Fernández G. Patologías Específicas de Importancia en la UCI. Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias [Internet] 2019, abril [citado, 24 abril 2022]; 3 (2): 665-687 Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/360/459>
14. Barragán J. Moreno C. Hernández N. Morbimortalidad en pacientes egresados de una unidad de cuidados intensivos en Boyacá, Colombia. Archivos de Medicina [Internet] 2020, Universidad de Manizales abril [citado, 24 abril 2022]; 20 (2) Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273863770013> <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3708>
15. Salazar SD. Guerrero F. del Pozo G. Caracterización demográfica y epidemiológica de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín de los años 2014, 2015 y 2016 Rev Med CAMBIOS HCAM [Internet] 2018; [citado, 24 abril 2022]; 17(1):21-29. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981095/articulo-4.pdf>

16. MINSA. Norma Técnica de Salud para la vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. NTS, N° 163, 2020 Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/04/NTS_N163_IAAS_MINSA-2020-CDC.pdf
17. Álvarez L. Prevalencia y factores asociados a las infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Neiva 2016-2017 Biociencias [Internet]; 2020, julio-diciembre 15(2):75-88 [citado, 24 abril 2022]; Universidad Libre Barranquilla; Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1247689/7352-texto-del-articulo-18791-1-10-20210408.pdf>
18. Primer Consenso de Úlceras por Presión. Bases para la implementación de un Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las Úlceras por Presión. PriCUPP, Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.anm.edu.ar/PriCUPP.pdf>
19. Marrujo K.J. Palacios D. Efectos de la tecnología en los cuidados de enfermería. Cultura de los Cuidados [Internet]; 2016 20(46); [citado, 25 abril 2022]; Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61779/1/CultCuid_46_12.pdf
20. Díaz E. Cuidado humanizado de enfermera en pacientes de la unidad de cuidados intensivos. [Trabajo de Especialidad] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima: 2021.
21. Rojas V. Humanización de los Cuidados Intensivos. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]; 2019; 30(2):120–5 [citado, 24 abril 2022]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864019300240>.

22. Guerrero R. Meneses M. De La Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima, Callao, 2015. Rev Enferm Herediana [Internet]; 2016, 9(2):133-142 [citado, 25 abril 2022]; Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017>
23. Perruchoud S. La fenomenología según Merleau-Ponty: un camino de descenso hacia las cosas. Revista de Filosofía [Internet] 2017; 42 (1), 59-76 [Citado, 11 mayo 2022]; Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RESF/article/view/55447>
24. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Rev Cal Asist. Versión española supervisada por la Fundación Avenis Donabedian y Revista de calidad Asistencial [Internet] 2001; 16: S29-S38 [citado, 12 de mayo 2022]; Disponible en: https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf
25. Jesse E. Jean Watson: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson, En: Raile M. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7º ed. Elseiver: España, 2011. p. 91-111
26. Pokorny ME. Teorías en enfermería de importancia histórica. En: Raile M. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7º ed. Elseiver: España, 2011. p. 50-70
27. Bonill C. Amezcua M. Virginia Henderson [Internet] 25 nov, 2014 [citado, 27 de abril 2022] Disponible en: <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>
28. Brykczynski KA. En: Raile M. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7º ed. Elseiver: España, 2011. p. 137-164
29. Holaday B. Dorothy Johnson: Modelo del sistema conductual. En: Raile M. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7º ed. Elseiver: España, 2011. p. 366-392

30. García K. Hernández C. Pérez M. Villar P. Nivel de satisfacción de los pacientes con Covid-19 acerca del cuidado de enfermería recibido en un hospital del área metropolitana de Barranquilla. Disponible en: <https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/10159>
31. Fernández-Silva, C. A., Mansilla-Cordeiro, E. J., Aravena Flores, A., Antiñirre Mansilla, B., & Garcés Saavedra, M. I. (2022). Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2635. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1>.
32. Joven Z. Guáqueta S. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Av.enferm.* [Internet]. 2019 Abr [citado, julio 07 2021]; 37(1): 65-74. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121002019000100065&lng=en, <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>.
33. Sedano D. De La Cruz J. Percepción sobre el cuidado humanizado según la teoría de Jean Watson en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo, 2019 [Tesis Especialidad] Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de La Salud: 2019.
34. Pecho Tataje, Marianela Clarisa Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados en el Hospital “Augusto Hernández Mendoza” EsSalud Ica – 2016 URI: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4769> Fecha: 2017
35. Carranza R. (2017). Calidad de vida y la percepción del cuidado humanizado del personal de enfermería -Servicio de Cuidados Intensivos- Hospital Regional de Moquegua-2017. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Disponible en:

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNJB_ee55ed8ab7cc76d90119676b40540f18

36. Sovero G. Psicología de la Percepción y Atención. Manual Autoformativo Universidad Continental, Huancayo: 2017; Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4289/1/DC_FHU_50_1_MAI_UC0712_2018
37. Villuendas O. El concepto, los principios y las características de la percepción, Apuntes de Industria y Comercio Universidad Complutense de Madrid (UCM). Disponible en: <https://www.docsity.com/es/el-concepto-los-principios-y-las-caracteristicas-de-la-percepcion/3898745/>
38. García E. La fenomenología Merleau-Pontiana de la percepción frente a la estética y la analítica trascendentales. Revista Ideas y Valores [Internet]; 2018; 57(168): 127-150. [citado, 17 mayo 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v67n168.60690>
39. Angulo C. Fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty como sustento del enfoque enactivo de la cognición [Tesis de Maestría] Universidad Nacional de Colombia: 2017.
40. Navarro C. La fenomenología como filosofía crítica para el estudio de la realidad inmediata. Revista Humanidades [Internet]; 2021, 11(1), 61-74 [citado, 21 de mayo 2022] Disponible en: <https://dx.doi.org/10.15517/h.v11i1.45064>
41. Soto C. Vargas I. La Fenomenología de Husserl y Heidegger. Cultura de los Cuidados [Internet] 2017; 21(48). [citado, 10 de mayo 2022]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.05>

42. Eguren J. El encuentro entre Husserl y Heidegger. El giro de la fenomenología. Universidad de Navarra, 2021 Disponible en: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/61087/1/TFG%20Javier%20Eguren%20M arco.pdf>
43. Mijail J. José Ortega y Gasset: La metafísica existencial de la vida. Eidos °12 [Internet] 2010; 214-235 [Consulta 15 mayo 2022] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/eidos/n12/n12a09.pdf>
44. Silva-Fhona J. Cordova R. Vergaray-Villanueva V. Palacios-Fhonc. Partezani-Rodrigues. La Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Enfermería Universitaria [Internet] 2015 Abril–Junio; 5(2): 80-87 [citado, 15 mayo 2022]; Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.001_1665-7063/
45. Organización Mundial de la Salud (OMS). La falta de profesionales de salud contribuye a la inequidad en salud. Ginebra-Suiza: OMS [internet]; 2016 [citado, 28 de abril 2022]. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3485:raul-gonzalez-montero-la-falta-de-profesionales-de-salud-contribuye-alainequidad-en-salud&Itemid=900
46. Matsumoto R.. Desarrollo del Modelo Servqual para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad. Ayuda Experto”. Perspectivas [Internet] 2014 oct, 17(33): 181-209. [Citado, 28 abril 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4259/425941264005.pdf>
47. Ministerio de Salud. Encuesta de Satisfacción Aplicada en Usuarios Externos de Emergencia SERVQUAL. Disponible:

<http://www.hma.gob.pe/calidad/INFOR15/SERVQUAL-14/SERVQUAL-HOSPITALIZACION-2014.pdf>

48. Bowen A. Fosado O. Percepción y expectativas de los pacientes de centros de salud renal especializados: Método SEVQUAL y estadística multivariada. Revista Digital Novasinergia [Internet] 2020 3(2), 30-39 [Citado 17 de mayo 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.37135/ns.01.06.02>
49. Argudo-Pesántez B. Narváez-Zurita C. Vásquez-Eraza E. Percepción de la Satisfacción del Cliente Externo: Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Azogues. Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología [Internet], 2021 Enero – Junio; 7(12): 545-574 [citado, 18 de mayo 2022] Disponible en: <https://doi.10.35381/cm.v7i12.440>
50. Puerta AM, Gaviria DL, Duque SL. Tiempo requerido de enfermería para un cuidado con calidad. Investig Enferm Imagen Desarr. [Internet] 2017;19(2):145-59 [Citado, mayor 15 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.trec>
51. Vizcaíno J. Vizcaíno V. Fregoso G. Análisis de la satisfacción de pacientes del servicio de urgencias en un hospital público de Jalisco. Horizonte sanitario [Internet] 2019: 18(1): 27-36 [citado, 11 de may 2022]. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a18n1.2103>
52. Murrain E. Visibilidad y calidad del cuidado ¿consecuencia del nivel de profesionalismo? Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet] 2017; 26(4): 231-241 [citado, 16 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121737217301255>
53. Castro-Serral E. Confiabilidad y validez de la escala SERVQHOS modificada para pacientes con tratamiento renal sustitutivo Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.

- [Internet] 2020; 28(3):200-210 [citado, mayo 16 2022]. Disponible en: <http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>
54. Calixto Hernández, Ana Teresa Prieto y Claudia Hernández. Dimensiones de la calidad de servicio presentes en los programas de postgrado. Reflexiones teóricas. Impacto Científico [Internet] 12(2): 127-141 [citado, 16 mayo 2022]. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Impactocientifico/2017/vol12/no2/8.pdf>
55. Christina L. Sieloff y Patricia R. Messmer. Imogene King: Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos. En: En: Raile M. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7º ed. Elsevier: España, 2011. p. 50-70
56. Achury L. García P. Aplicación de la teoría de la consecución de objetivos al cuidado del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet]; 2013 julio/dic; 15 (2): 31-47; [Citado, 11 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803003.pdf>
57. González-Juárez L, Velandia-Mora AL, Flores-Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev CONAMED [Internet]. 2019; 14(1):40-43 [citado, 15 de mayo 2022]. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2019/cons091i.pdf>
58. Cussó R; Navarro C, Porcel A. Cuidado humanizado en la muerte por COVID-19 Enferm Clin [Internet]; 2021 Feb; 31: S62–S67 [citado, julio 17 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7245291/pdf/main.pdf>
59. Echevarría SH. Percepción del paciente sobre calidad del cuidado humanizado brindado por la enfermera en una clínica-Lima Cuid salud, [Internet] 2017, ene-

- jun 2017; 3(1):239-248 [citado, 9 mayo 2022] Disponible en:
http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1421/1316
60. Muñoz Y. Ibarra R. Moreno D. Pinilla M. Suárez. P Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería [Internet] Reper.Med.Cir. 2009; 18(4):246-250. [citado, 14 de mayo 2022] Disponible en:
https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/12_2.pdf
61. Juárez P. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet] 2009; 17 (2): 109-111 [citado, 7 mayo 2022]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
62. Castelo-Rivas W. García-Vela S. Viñan-Morocho J. Cuidado humanizado de enfermería a pacientes con pie diabético del Hospital General Santo Domingo-Ecuador. AMC. Epub [Internet]; 2020 dic, 24(6): e7169 [citado, 12 de mayo 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000600004&lng=es.
63. Mendoza-Rocha S. Torres-Briones M. Rincón-López M. Urbina-Aguilar B. Percepción sobre la atención de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]; 2015;23(3):149-56 [citado, 11 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim153d.pdf>
64. Romero E, Contreras I, Moncada A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. Hacia promoc. salud. [Internet] 2016; 21(1): 26-36. [Citado 18 de junio 2021]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a03.pdf>.

65. Silva J. Faria P. Sousa M. Pinto J. La comodidad del paciente en cuidados intensivos - una revisión integradora Enfermería Global [Internet]; 2018, 17 (50), Universidad de Murcia [citado, 11 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3658/365858287017/ht>
66. Díaz R. Turégano C. Higiene y antisepsia cutánea diaria en el paciente crítico Medicina Intensiva [Internet] 2019, 43(1):13-17 [citado, 10 de mayo 2022] Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569118302729>
67. Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la Inteligencia Emocional, una vida humana. Revista cubana de enfermería [Internet]; 31(3)2015. [citado, 24 de 2021] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006
68. Piza MJ. Velásquez I. Experiencias y sentimientos de las personas en ventilación mecánica invasiva durante el proceso de comunicación con el equipo de enfermería: un estudio fenomenológico [Trabajo de Maestría] Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá: 2019
69. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]; 2019; 30(2): 120-125 [citado, 11 de mayo 2022] Disponible en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864019300240?token=49639AF9D00CE8316AA0936BAAE97B3CA957B34ED95E2CB615A3A92F106EF8856ABC8D78A99F4108BC2233B112D822D3&originRegion=us-east-1&originCreation=20220512212952>
70. Estefo S. Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 Dic [citado 2022 Mayo 13] ; 16(3): 33-39. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es)

71. Tomer M. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ta Edición. Barcelona. Ed. Madrid. España: Hacourt S.A. 2000.
72. Guerrero R., Meneses M., De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Callao (Lima), 2015. Rev. Enfermería Herediana. [Internet] 9(2):134-135, 2016. [citado, 15 de mayo 2022]; Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>
73. Aguilar O. Carrasco M. García M. Saldivar A. Ostiguín R. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. Enfermería Universitaria [Internet] 2007 mayo-agosto; 4 (2): 26-30 [citado, 11 mayo 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741822005>
74. González R. Bracho C. Zambrano A. Marquina M. Guerra C. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. Universidad de Carabobo, Venezuela. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol6n2/6-2-4.pdf>
75. Beltrán-Salazar Óscar. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. Index Enferm [Internet]. 2015 Jun [citado, 30 abril 2022]; 24 (1-2):49-53. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100011&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100011&lng=es)
76. Ventocilla F. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que ofrece el profesional de enfermería en el Servicio de Observación del Hospital de Emergencia Casimiro Ulloa, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú: 2015

77. López A. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del usuario atendido en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa, [Tesis Maestría] Universidad César Vallejo: 2016. \
78. Arcentales G. Esa I. Ramírez A. Gafas C. Satisfacción de pacientes quirúrgicos con los cuidados de enfermería. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]; 202140 (3): 212-221; [citado 20 abril 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712002/html/>
79. Huerta E. Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el tópico de medicina del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, enero del 2015 [Tesis Médico Cirujano] Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina: 2015
80. Larson P. Mei, L. Holezeer W. CARE-Q. Chapter 4. Cited by: Rosen J. Editor de production. Assessing and measuring caring in nursing and health sciences. 2nd. ed. New York: Springer Publishing Company, LLC. 2009.
81. Cantú H. Desarrollo de una cultura de calidad. 4ª ed. McGraw Hill. México: 2015
82. Lago AR. Percepción sobre la satisfacción del cuidado de enfermería en usuarios ingresados en el área de hospitalización de medicina interna, Hospital Militar Escuela Dr Alejandro Dávila Bolaños, Managua, Nicaragua. Abril 2017 [Tesis Maestría] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua: 2017.
83. Universidad de Cantabria. Bases Históricas y Teóricas de la enfermería. Tema 12. Modelo conceptual de Virginia Henderson Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema12.pdf>

84. Rodríguez, A. y Pérez, A. O. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento Revista EAN [Internet] 2017, 82: 179-200. [Consultado 10 mayo 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>
85. Barrantes, R. Investigación: Un camino al conocimiento, Un enfoque Cualitativo, cuantitativo y mixto. San José, Costa Rica: EUNED, 2014.
86. Vargas, Z. La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Revista Educación [Internet]; 2009, 33 (1):155-165 [Citado, 17 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44015082010>
87. Canaves, L. Tipos de investigación científica. Diferenciando entre Investigación Básica e Investigación Aplicada. Instituto Claret [Internet] 2020 [Consultado 17 marzo 2022]; Disponible en: <https://institutoclaret.cl/wp-content/uploads/2020/03/3%C2%B0-Taller-de-investigaci%C3%B3n-semana-30-marzo.pdf>
88. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación, 6ª ed. México: Mc Graw-Hill/Interamericana Editores S.A.; 2014.
89. Borda Pérez M. Métodos cuantitativos: herramientas para la investigación en salud. 2ª ed. Barranquilla, Colombia: 2009
90. González-Hernández O. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión”. Aquichan [Internet] 2015; 15(3). [citado, 24 de abril 2022]Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4806>
91. Sepúlveda G. Rojas A. Cárdenas L. Guevara E. Castro, A. Estudio piloto de la validación del cuestionario ‘CARE–Q’ en versión al español en población colombiana. Revista Colombiana de Enfermería [Internet] 2009; 4(1): 8-25 [citado,

24 de abril 2022]. Disponible en.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6986449>

ANEXOS

Matriz de Consistencia.

Título de la Investigación: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA Y SU SATISFACCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, 2022

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Diseño metodológico
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre la percepción del cuidado humanizado y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios de un hospital público de Lima 2022</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la relación entre cualidades de hacer y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios de un hospital público de Lima 2022? ¿Cuál es la relación entre comunicación y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios de un hospital público de Lima 2022? ¿Cuál es la relación entre atención profesional y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios de un hospital público de Lima 2022?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre la percepción del cuidado humanizado y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios de un hospital público de Lima 2022</p> <p>Objetivos específicos Determinar la relación entre cualidades de hacer y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público de Lima 2022 Determinar la relación entre comunicación y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios de un hospital público de Lima 2022 Determinar la relación entre atención profesional y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios de un hospital público de Lima 2022</p>	<p>Ha: el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente influye significativamente en su satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima – Perú, 2022</p> <p>H0: el cuidado humanizado que brinda la enfermera no influye significativamente en su satisfacción del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima – Perú, 2022</p>	<p>Variable 1 Percepción sobre cuidado humanizado que brinda la enfermera del paciente en la unidad de cuidados intermedios</p> <p>Variable 2: Satisfacción del paciente en la unidad de cuidados intensivos</p>	<p>Investigación con enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, trasversal Correlacional simple</p> <p>Población y muestra: La población estará constituida por los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios, posterior a su egreso de la UCI.</p> <p>Para esta investigación se incluirán 29 pacientes considerando los criterios de inclusión y exclusión, de acuerdo a un muestro no probabilístico, por conveniencia.</p>

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
UNIVERSIDAD NORBER WIENER**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN**

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudará a decidir si desea participar o que su familiar sea incluido en este estudio de investigación en salud sobre percepción del cuidado humanizado y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con la investigadora al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Título del proyecto: Percepción del cuidado humanizado y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intermedios

Nombre del Investigador Principal: Lic. Enf. Báez Nieves Jeanne Verónica

Propósito del estudio: Determinar la relación entre la percepción del cuidado humanizado y satisfacción del usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público de Lima 2022

Participante: Pacientes ingresados en la UCI

Participación: Su participación será mediante el llenado del instrumento, siguiendo las instrucciones.

Participación voluntaria: Usted tiene derecho a decidir si quiere que los datos sean tomados o no por la investigadora, y si decide no hacerlo, esto no afectará los servicios que usted o su familiar recibe en este centro de salud.

Beneficios por participar: Los resultados servirán para que el personal de enfermería que labora en la UCI, tome las acciones adecuadas para mejorar el cuidado de enfermería proporcionado a los pacientes para hacerlo más humanizados.

Inconvenientes y Riesgos: No existen, ya que los datos serán recogidos sin que implique una manipulación de alguno de los elementos a evaluar, con previa autorización de la institución.

Costo por participar: No se requiere ningún aporte por parte del paciente o familiar.

Remuneración por participar: Ser parte de la población de estudio no implica un compromiso de pago por parte de la investigadora o la institución.

Confidencialidad: Los datos recabados serán de carácter anónimo. No serán registrados nombre ni datos personales.

Renuncia: Si iniciado el proceso de recolección usted decide retirarse, puede notificarlo y la investigadora anulará los datos recogidos, no formando parte de los resultados del estudio

Consultas posteriores: Luego de recogida la información, la investigadora estará en la obligación de informar el tiempo en que serán presentados los resultados para conocer acerca de los mismos, si así lo requiere.

Datos del responsable del estudio:

Lic. Enf. Báez Nieves Jeannee Verónica

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de firmar este consentimiento expresa mi aceptación a participar o que mi familiar sea considerado parte de los sujetos de estudio de manera voluntaria. En merito a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad

Correo electrónico personal o institucional:

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Instrucciones:

Marcar con una lo que corresponda con la situación encontrada

PARTE I.

Información General del paciente

a. Edad _____

b. Sexo: _____

PARTE II.

Percepción del cuidado humanizado de enfermería

Considere lo siguiente: 4= Siempre, 3= casi Siempre, 2= algunas veces y 1= nunca

Nº	Items	1	2	3	4
01	Le hace sentir como una persona				
02	Le trata con amabilidad				
03	Le muestra interés por brindar comodidad durante la hospitalización				
04	Le mira a los ojos cuando le habla				
05	Le dedica tiempo para aclararle las inquietudes				

06	Le hace sentir bien atendido cuando habla con usted				
07	El personal de enfermería le hace sentir tranquilo (a) cuando esta con usted				
08	Le genera confianza				
09	Cuando lo cuidan, le facilitan el dialogo				
10	Le explican previamente los procedimientos				
11	Le responde con seguridad y claridad sus preguntas				
12	Le indican su nombre y cargo antes de realizarle el procedimiento				
13	Le dedican el tiempo requerido para su atención				
14	Le dan indicaciones sobre sus atenciones cuando usted lo requiere				
15	Le explican los cuidados usando un tono pausado de voz				
16	Le llaman por su nombre				
17	Le muestra respeto a sus creencias y valores				
18	Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación vesical e intestinal				
19	Le proporciona información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20	Le manifiestan que están pendiente de usted				
21	Le permite expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22	Responde oportunamente a su llamado				
23	Identifica sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24	Le escuchan atentamente				
25	Le preguntan y se preocupan por su estado de animo				
26	Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27	Le ayudan a manejar su dolor físico				
28	Le demuestran que son responsables con su atención				
29	Le respetan sus decisiones				
30	Le indican que cuando usted requiera algo le puedan llamar				
31	Respetan su intimidad				
32	Al acercarse le saludan y brindan trato amable				

Instrumento de “Satisfacción de paciente CARE Q” DIMENSIONES _ ITEMS

Ítems	Siempre (2)	A veces (1)	Nunca (0)
Accesibilidad			
1 La enfermera se aproxima a usted inmediatamente para ofrecerle medidas que alivien su dolor cuando usted lo solicita.			
2 La enfermera administra los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo.			
3 La enfermera lo visita en su habitación con frecuencia para verificar su estado de salud y monitorizar sus funciones vitales (presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y temperatura)			
4 La enfermera responde rápidamente a su llamado.			
5 La enfermera le pide que la llame si usted se siente mal Explica y facilita			
Explica y facilita			
6 La enfermera le informa sobre el personal de salud a cargo para el control y seguimiento de su enfermedad.			
7 La enfermera le da información clara y precisa sobre su situación de salud. 8 La enfermera le enseña cómo cuidarse usted mismo.			
9 La enfermera le sugiere preguntas que usted puede formularle a su médico cuando lo necesite.			
10 La enfermera es honesta con usted en cuanto a su estado de salud. Conforta			
Conforta			
11 La enfermera se esfuerza y preocupa para que usted pueda descansar cómodamente.			
12 La enfermera lo motiva a identificar los elementos positivos de su tratamiento.			
13 La enfermera es amable con usted, aun cuando pueda estar atravesando momentos difíciles.			
14 La enfermera es cordial.			
15 La enfermera se sienta con usted para entablar una conversación amena. 16 La			

enfermera establece contacto físico cuando usted necesita consuelo			
17 La enfermera lo escucha con atención.			
18 La enfermera habla con usted amablemente y le expresa una sonrisa.			
19 La enfermera involucra a su familia en su cuidado			
Se anticipa			
20 La enfermera le presta mayor atención a usted en el turno de la noche			
21 La enfermera busca la oportunidad más adecuada para hablar con usted y su familia sobre su situación de salud.			
22 Cuando se siente agobiado por su enfermedad la enfermera acuerda con usted un nuevo plan de intervención.			
23 La enfermera está pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud.			
24 La enfermera comprende que esta experiencia es difícil para usted y le presta especial atención durante su estancia.			
25 Cuando la enfermera está con usted realizándole algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en usted			
26 La enfermera continúa interesada en usted, aunque haya pasado el periodo crítico de su postoperatorio.			
27 La enfermera le ayuda a establecer metas razonables durante su postoperatorio.			
28 La enfermera busca la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su situación de salud.			
29 La enfermera le explica e informa a usted antes de iniciar un procedimiento o intervención Mantiene relación de confianza			
Mantiene relación de confianza			
30 La enfermera le ayuda a aclarar sus dudas en relación a su situación.			
31 La enfermera acepta que usted es quien mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible en la planificación y manejo de su cuidado.			

32 La enfermera lo anima para que le formule preguntas a su médico relacionado con su situación de salud.			
33 La enfermera lo pone a usted en primer lugar, sin importar que pase a su alrededor.			
34 La enfermera es amistosa y agradable con sus familiares y allegados.			
35 La enfermera le permite expresar totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento.			
36 La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con usted			
37 La enfermera lo identifica y lo trata a usted como una persona individual. 38 La enfermera se identifica y se presenta ante usted correctamente Monitorea y hace seguimiento			
Monitorea y hace seguimiento			
39 El uniforme y carnet que porta la enfermera la identifican como tal.			
40 La enfermera se asegura de la hora establecida para los tratamientos, procedimientos a realizar y verifica su cumplimiento.			
41 La enfermera es organizada y ordenada en la realización de su trabajo.			
42 La enfermera realiza los procedimientos con seguridad y firmeza.			
43 La enfermera es calmada durante la realización de sus labores.			
44 La enfermera le proporciona buen cuidado físico; revisa y valora (drenajes, apósitos, herida quirúrgica, sondas, etc.).			
45 La enfermera se asegura que sus familiares y allegados mantengan contacto con usted y sepan cómo cuidarlo.			
46 La enfermera identifica oportunamente cuando es necesario llamar al médico			

