

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

**Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en
personas hospitalizadas en un hospital privado**

Trabajo Final de Graduación en modalidad Seminario para optar por el grado de
Licenciatura en Enfermería

Postulantes:

Efrín Josué Arias Corella	B60638
Gary Jafeth Calderón Picado	B61316
Melissa Eugenia Solano Morales	B66929
Tatiana Lucía Vega Mondragón	B67645

Comité asesor:

Director: PhD. Noé Ramírez Elizondo
Lectoras: Msc. Karol Blanco Rojas y PhD. Vivian Vílchez Barboza

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, 2021



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **08 de junio 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Efrin Josué Arias Corella**, carné **B60638**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Noé Ramírez Elizondo, Director
Karol Blanco Rojas, Lectora
Vivian Vilchez Barboza, Lectora
Fabián Chavarría Calderón, Quinto miembro
Denis Carrillo Díaz, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Efrin Josué Arias Corella** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Efrin Josué Arias Corella**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **"Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en personas hospitalizadas en un hospital privado"**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
08 de junio 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

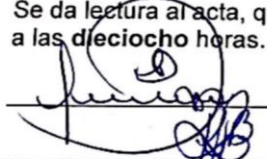
Aprobación con Distinción

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciado en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las dieciocho horas.


Noé Ramírez Elizondo, Director


Karol Blanco Rojas, Lectora


Vivian Vilchez Barboza, Lectora


Fabián Chavarría Calderón, Quinto miembro


Denis Carrillo Díaz, Preside


Postulante

C. - Expediente
- Postulante

SELLO _____



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **08 de junio 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Gary Jafeth Calderón Picado**, carné **B61316**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Noé Ramírez Elizondo, Director
Karol Blanco Rojas, Lectora
Vivian Vilchez Barboza, Lectora
Fabián Chavarría Calderón, Quinto miembro
Denis Carrillo Díaz, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Gary Jafeth Calderón Picado** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Gary Jafeth Calderón Picado**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **"Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en personas hospitalizadas en un hospital privado"**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág. 2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
08 de junio 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:


Aprobación con Distinción

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciado en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.

 Noé Ramírez Elizondo, Director

 Karol Blanco Rojas, Lectora

 Vivian Vilchez Barboza, Lectora

 Fabián Chavarría Calderón, Quinto miembro

 Denis Carrillo Díaz, Preside

 Postulante

C. - Expediente
- Postulante

SELLO _____



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **08 de junio 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Melissa Eugenia Solano Morales**, carné **B66929**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Noé Ramírez Elizondo, Director
Karol Blanco Rojas, Lectora
Vivian Vilchez Barboza, Lectora
Fabián Chavarría Calderón, Quinto miembro
Denis Carrillo Díaz, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Melissa Eugenia Solano Morales** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Melissa Eugenia Solano Morales**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en personas hospitalizadas en un hospital privado”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág. 2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
08 de junio 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobación con Distinción

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las dieciocho horas.



Noé Ramírez Elizondo, Director



Karol Blanco Rojas, Lectora



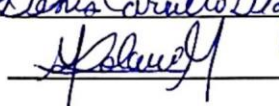
Vivian Vilchez Barboza, Lectora



Fabián Chavarría Calderón, Quinto miembro



Denis Carrillo Díaz, Preside



Postulante

C. - Expediente
- Postulante

SELLO _____



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **08 de junio 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Tatiana Lucía Vega Mondragón**, carné **B67645**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Noé Ramírez Elizondo, Director
Karol Blanco Rojas, Lectora
Vivian Vilchez Barboza, Lectora
Fabián Chavarría Calderón, Quinto miembro
Denis Carrillo Díaz, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Tatiana Lucía Vega Mondragón** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Tatiana Lucía Vega Mondragón**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **"Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en personas hospitalizadas en un hospital privado"**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.





Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
08 de junio 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

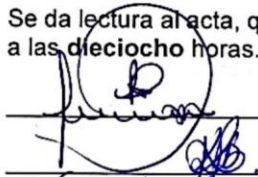
Aprobación con Distinción

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).


Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.



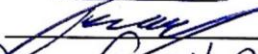
Noé Ramírez Elizondo, Director



Karol Blanco Rojas, Lectora



Vivian Vilchez Barboza, Lectora



Fabián Chavarría Calderón, Quinto miembro



Denis Carrillo Díaz, Preside



Postulante

C. - Expediente
- Postulante

SELLO _____



Dedicatorias

Este gran paso, primeramente, se lo dedico al pequeño Josué de 10 años. A él, por ser paciente y valiente, por resistir y por seguir con la viva esperanza de que algún día todo estaría mejor. A él, muchas gracias.

A mi mamá Margarita por ser la mujer de mi vida. Por cada pequeño detalle que con mucho amor, le ha dedicado a mi persona.

A mi papá Efrén, por su amor incondicional, por ser el vivo ejemplo de que el amor hacía un hijo está primero que cualquier creencia irracional. Siempre podemos des-construirnos y ser mejores humanos.

A mi hermana Katty, por ser un gran apoyo durante mi vida académica, por protegerme en cada momento.

A mis amigos, compañeros y profesores de Universidad por enseñarme tanto, por cada momento de amistad y enseñanza a lo largo de todo el proceso.

A la vida, por darme la oportunidad de crecer como persona y como profesional, muchas gracias.

Efrín Josué Arias Corella

En primer lugar agradezco a mi familia, por confiar en los pasos que he decidido dar a lo largo de mi vida, por dejarme tener mis propios ideales y nunca tratar de cambiar a la persona que construía conforme pasaban los años.

A mi mamá Nidia, quien a lo largo de mi vida me ayudó a construir la persona que soy hoy. Gracias por intentar que mis caminos nunca se cerraran, por enseñarme el significado de no rendirse a pesar de las adversidades; y por ser mi fan número uno.

A mis hermanos Harvy, Rory y Michelle, quienes nunca han dejado de creer en mí. Gracias por ser parte de mi vida; y gracias por darme mucha de la confianza que necesitaba muchas veces para saber que era capaz de seguir adelante.

A mi abuela, Mamama, quien día a día me demuestra el significado del amor. Alguien que está siempre pendiente de cada paso que doy y quien nunca ha dejado de confiar en mis decisiones.

A mis amigos incondicionales, por ser ese apoyo que necesité cuando quise caer. Por ser esa familia que pude elegir. Por aceptar cada idea que llegue a mi cabeza. Por aceptarme en sus caminos. Gracias por escucharme en mis momentos de estrés. Cada mínimo detalle tiene un gran significado en mi vida, gracias por leer los borradores de este trabajo y ayudarme a corregir, por cada momento de felicidad y por estar en el proceso directa o indirectamente, aún cuando no estemos en contacto tan seguido. Estoy muy orgulloso de cada uno y una de ustedes.

A Dani por apoyarme a diario en los últimos 5 meses, por ser una de las personas más incondicionales que he conocido, por recordarme a diario lo que significa tener un apoyo. Gracias por simplemente confiar en mí y ser parte de este camino. A Meli, Tati y Josu, quienes estuvieron en mi vida durante los últimos 5 años. Pasamos momentos increíbles juntos y sé que tengo un apoyo en ustedes.

A mis compañeros, a quienes admiro mucho como personas y como profesionales. A mis profesores, quienes me ayudaron a enamorarme de la Enfermería, y por ser una gran admiración para mí. Gracias Noé Ramírez, por aceptar trabajar con nosotros y por todo el apoyo brindado a lo largo de los años.

A la Universidad de Costa Rica, por brindarme la oportunidad de estudiar. Y finalmente, a mí yo de 15 años, quien en aquel cuarto soñó solo siempre con salir adelante y ser una excelente persona. Gracias por nunca rendirse.

Gary Jafeth Calderón Picado

Le dedico este logro a mi madre, Carmen Eugenia, por ser mi mayor motivación, inspiración y ejemplo a seguir.

A mi abuelita Nora y mi abuelito Carlos, por ser dos pilares en mi vida, quienes siempre me impulsaron a dar lo mejor de mí y me motivaron a alcanzar todo lo que me he propuesto.

A mi tía Maritza, por su incondicional apoyo e infinitos consejos, pero sobre todo, por siempre creer en mí y mis capacidades.

A mi abuelita Ligia y mi tío Gustavo, por nunca dudar de mí e impulsarme a cumplir todos mis sueños y metas.

A mi familia, amigos, amigas, compañeros de la universidad, profesores y demás personas que fueron parte de este proceso de crecimiento personal y profesional.

Melissa Eugenia Solano Morales

Agradecer primero a Dios, por interceder siempre y brindar la fuerza interior para continuar a pesar de las adversidades. Ha sido un guía en el camino esencial, acompañando cada paso desde pequeña y brindando sabiduría y capacidad para lograr esta meta.

A mi mamá Silvia, mi mayor ejemplo de superación y de fuerza. Sin ella, definitivamente no sería lo mismo. Agradezco a Dios que me permita tenerla de compañera y le dedico este y cada uno de mis logros, porque es la mujer que me ha tendido su mano, me ha acogido y me ha amado incondicionalmente. Soy fuerte, porque aprendí de una mujer fuerte y valiente.

A mi abuela Hilda en el cielo, porque sé que de estar en la Tierra, lloraría cada vez que le contara lo cerquita que estaba de lograr mis metas. Mi abuela fue pilar de mi formación como persona y de mi recuperación. La llevo en mi corazón y desde el cielo celebra cada una de mis victorias.

A mi madrina, por ser un ángel en la Tierra, una segunda mamá que se preocupa siempre por el bienestar de todos y fue parte fundamental de cumplir este sueño. Gracias, porque nunca voy a olvidar todo lo que has hecho por mí, y me inspiras a ser mejor en todos los ámbitos de la vida.

A mi novio Juan, por motivarme a dar lo mejor y seguir adelante, superándome. Gracias por cuidarme y nunca permitir que pueda caer. Eres luz en mi vida, y en muchos de mis logros y superaciones, eres de las principales motivaciones.

A mis amigos de la Universidad, mis compañeros de tesis, les agradezco todo el apoyo y comprensión hacia mi persona. Los llevo y llevaré en mi corazón por siempre, les ofrezco mi apoyo incondicional y se que serán excelentes profesionales que volarán alto, porque se merecen todo lo bueno de este mundo.

Tatiana Lucía Vega Mondragón

Agradecimientos

A nuestras familias, amigos y amigas, por ser nuestro apoyo incondicional en todo momento durante nuestras vidas. Gracias por brindarnos la oportunidad de crecer como profesionales y estar siempre atentos a nuestras necesidades, por siempre estarán en nuestros corazones.

A nuestro director de Trabajo Final de Graduación, PhD. Noé Ramírez Elizondo, por ayudarnos a crecer como enfermeros y enfermeras y confiar en nosotros para trabajar en conjunto.

A nuestras lectoras, Máster Karol Blancos Rojas y PhD. Vivian Vílchez Barboza por ser parte de este proceso.

A las jefaturas, enfermeros y enfermeras del Hospital Privado por brindarnos la oportunidad de poder llevar a cabo la investigación.

A la Escuela de Enfermería y nuestra Alma Mater, la Universidad de Costa Rica por ser nuestra segunda casa, y brindarnos la oportunidad de crecer como profesionales, pero más como personas.

Efrín Josué Arias Corella
Gary Jafeth Calderón Picado
Melissa Eugenia Solano Morales
Tatiana Lucía Vega Mondragón

Índice de Contenido

Índice de Tablas	XVIII
Índice de Gráficos	XVIII
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES	1
1.1. Introducción	2
1.2. Justificación	4
1.3. Problema de investigación	12
1.4. Objetivos	12
1.4.1. Objetivo General	12
1.4.2. Objetivos Específicos	12
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	13
2. Marco referencial	14
2.1. Antecedentes	14
2.2. Marco conceptual	20
2.2.1. Ser humano	20
2.2.2. Fenomenología	21
2.2.3. Cuidado	21
2.2.4. Humanización	22
2.2.5. Cuidado Humanizado	22
2.2.6. Percepción	23
2.2.7. Percepción de cuidado	24
2.2.8. Comunicación	24
2.2.10. Trascendencia	25
2.3.1. Teoría del Cuidado Humano	29
2.3.2. Filosofía del cuidado según Watson.	30
2.3.3. Metaparadigmas desde la perspectiva de Watson.	31
2.3.4. Conceptos de la teoría de Watson.	33
2.3.5. Factores Curativos de la Ciencia del Cuidado.	35
2.4. Marco legal	40
2.4.1. Ley General de Salud (N. 5395). Asamblea Legislativa de Costa Rica.	40
2.4.2. Perfil del y la Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención.	41
2.4.3. Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los tres Niveles de Atención. Caja Costarricense del Seguro Social.	42

2.4.4. Proyecto de ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica. Asamblea Legislativa.	43
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	44
3.1. Área de la investigación.	45
3.2. Modalidad investigación: Seminario de graduación.	46
3.3. Fase investigativa	46
3.3.1. Diseño de Investigación	46
3.3.2. Población	47
3.3.4. Criterios de inclusión	49
3.3.5. Criterios de exclusión	49
3.3.6. Estrategias de reclutamiento	50
3.3.8. Sistema de Variables	51
3.3.9. Técnicas de recolección de datos e instrumentos	55
3.3.10. Procedimientos para la recolección y manejo de datos.	56
3.3.10.1. Recolección de los datos	56
3.3.10.2. Almacenamiento de los datos	58
3.3.10.3. Análisis de los datos	59
3.4. Fase reflexiva	60
3.4.1. Preparación del proceso investigativo	60
3.4.2. Proceso de recolección y análisis de información para la reflexión.	62
3.4.3. Análisis de datos.	62
3.4.4. Reflexión desde lo disciplinar.	63
3.5. Consideraciones éticas de la investigación.	63
3.5.1 Principios éticos de investigación.	63
3.5.1.1 Investigación colaborativa.	63
3.5.1.2 Valor social.	64
3.5.1.3 Validez científica.	64
3.5.1.4 Selección equitativa del sujeto.	64
3.5.1.5 Evaluación independiente.	65
3.5.1.6 Consentimiento informado.	65
3.5.1.7 Respeto a los sujetos inscritos.	66
3.5.2 Normativa de la investigación.	66
3.6. Consentimiento Informado.	67

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	69
4. Resultados.	70
4.1. Resultados descriptivos.	70
4.1.1. Grupos de edad y sexo.	70
4.1.2. Según escala de medición.	71
4.1.3. Categoría 1: Cualidades del hacer de Enfermería.	73
4.1.4. Categoría 2: Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente.	74
4.1.5. Categoría 3: Disposición para la atención.	75
4.2.1. Cualidades del hacer de Enfermería.	77
4.2.2. Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente.	79
4.2.3. Disposición para la atención.	79
CAPÍTULO V:	81
DISCUSIÓN	81
5. Análisis de resultados.	82
5.1. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado.	82
5.1.1. Cualidades del hacer de Enfermería.	84
5.1.2. Categoría 2: Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente.	89
5.1.4. Fase Reflexiva	100
5.1.4.1. Cualidades del hacer de Enfermería	100
5.1.4.2. Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente	106
5.1.4.3. Disposición para la atención	108
CAPÍTULO VI: CONSIDERACIONES FINALES	112
6.1. Limitaciones	113
6.2. Conclusiones	114
ANEXOS VIII	135
FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”	136
CONSENTIMIENTO	140
INSTRUMENTO: PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) 3era versión	141

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios de exclusión.	49
Tabla 2. Sistema de variables.	51
Tabla 3. Distribución de personas según grupos de edad. (n=42).	70
Tabla 4. Distribución de personas según sexo. (n=42).	71
Tabla 5. Clasificación de las categorías según su escala de medición.	72
Tabla 6. Percepción sobre Categoría 3: Disposición para la atención.	75
Tabla 7. Promedio de medición de ítems.	143
Tabla 8. Puntuaciones individuales según categoría.	144
Tabla 9. Moda de las puntuaciones recibidas en los ítems de la categoría uno.	145
Tabla 10. Moda de las puntuaciones recibidas en los ítems de la categoría dos.	145
Tabla 11. Moda de las puntuaciones recibidas en los ítems de la categoría tres.	146
Tabla 12. Matriz: Cualidades del hacer de Enfermería.	147
Tabla 13. Matriz: Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente.	149
Tabla 14. Matriz: Disposición para la atención.	152

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Percepción sobre la categoría 1: Cualidades del hacer de Enfermería.	73
Gráfico 2. Percepción sobre Categoría 2: Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente.	75
Gráfico 3. Promedio de la medición de todas las categorías.	146

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

1.1. Introducción

La presente investigación hace referencia a la percepción que las personas tienen acerca del cuidado humanizado brindado por los enfermeros y enfermeras en un hospital privado. La percepción es un elemento meramente subjetivo, que depende de la experiencia que la persona tenga al momento de la hospitalización y el contexto en que la misma se vea inmersa (1). Es decir, obedece a factores como el contacto con los profesionales, trato brindado por estos y el entorno hospitalario (1,2). De igual forma, involucra elementos más personales, como la etapa de la vida en la que se encuentra la persona, su estado de ánimo, creencias, valores, entre otras cosas (1,2).

Sumado a esto, se resalta que el cuidado es la esencia de los enfermeros y enfermeras, y que este debe estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas (3); acciones que buscan proteger, mejorar y preservar la humanidad (3). Por esto, se destaca la gestión del cuidado como línea de investigación, ya que hace referencia a la aplicación de juicios profesionales en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados oportunos, seguros, integrales y humanizados, que aseguran la continuidad de la atención (3).

Por otra parte, el presente estudio fue llevado a cabo mediante la modalidad de Seminario de Graduación; con un enfoque descriptivo, transversal de tipo cuantitativo. Además, se dividió en dos fases, una investigativa y una reflexiva. Fue realizada mediante la guía del director del Seminario, PhD. Noé Ramírez Elizondo y las lectoras Msc. Karol Blanco Rojas y PhD. Vivian Vílchez Barboza, enfermero y enfermeras docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

Para la obtención de los resultados, se utilizó el instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” (PCHE), tercera versión, el cual consta de tres categorías: cualidades del hacer de Enfermería, apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente y disposición para la atención. Además, a lo largo de la investigación, se abordaron y analizaron los diferentes factores y elementos que influyen en la humanización del cuidado, según lo estipulado en cada categoría, bajo las premisas de la filosofía enfermera de Jean Watson.

Específicamente, el trabajo consta de seis capítulos. El primero contiene la justificación, problema de investigación y objetivos. Seguidamente, el segundo capítulo corresponde al marco referencial; el cual está constituido por el marco empírico, conceptual, teórico y legal. En el tercer capítulo, se hace referencia a la metodología utilizada para la realización del estudio, seguido del cuarto capítulo, donde se exponen los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento y reuniones focales con personal de Enfermería del hospital. En el quinto capítulo, se analiza de forma amplia los resultados previamente obtenidos y se reflexiona profundamente desde lo disciplinar. Por último, el sexto capítulo corresponde a las limitaciones, conclusiones y recomendaciones, es decir, las consideraciones finales obtenidas tras la realización de esta investigación.

La presente investigación resulta relevante ya que, en primer lugar, está directamente relacionada a la esencia de la disciplina; segundo, los enfermeros y las enfermeras necesitan conocer los elementos claves del cuidado humanizado así como la percepción de las personas sobre el mismo. Tercero, brinda datos empíricos que pueden ser utilizados para el crecimiento disciplinar y para promover los cambios necesarios a nivel micro y macro. Finalmente, abre un espacio de reflexión sobre el comportamiento de las personas desde la teoría del Cuidado Humano, lo cual a grandes rasgos pavimenta el camino para el reconocimiento de la importancia de las interacciones humanas terapéuticas.

1.2. Justificación

Enfermería es arte y ciencia, donde el estudio del cuidado y el arte de realizarlo son los enfoques primordiales en la existencia de la misma (4). Se destaca por brindar atención desde una perspectiva biopsicosocial, ya que considera fundamentales las relaciones que se establecen con las personas. La disciplina de Enfermería tiene el cuidado como eje central de su quehacer, en la atención y prestación de servicios sanitarios en salud, con un compromiso en la entrega de cuidados no observado en otra disciplina (4). Todo lo anterior se traduce en una ciencia propia con conocimientos basados en datos empíricos, y en una capacidad de utilizar habilidades para adaptarse a las personas y cuidar de ellas (arte).

Para Enfermería, cuidar implica preservar, asistir, ayudar a un individuo, concernirse en él o ella para mejorar sus condiciones no solamente de salud, sino de vida, de manera integral (5,6). Por otra parte, el ser humano requiere de cuidado, dentro del marco de su existencia, en toda época, momento o circunstancia. Es decir, toda persona necesita del cuidado ya sea propio o suministrado por terceros, donde en ambas posiciones es necesaria la intervención de Enfermería (5,6).

Al hablar de la palabra *cuidar*, desde Enfermería, se debe enlazar con el poder conocer a cada persona, ya que supone estar inmerso en el contexto de la misma y tener un conocimiento propio de cada uno, para de esa forma, comprender sus actitudes, aptitudes, intereses, motivaciones, ideales y conocimientos (3,6). Además, cuidar es la base moral sobre la cual se desarrollan las obligaciones profesionales y éticas; constituye el fundamento a partir del cual se rige la praxis de los enfermeros y enfermeras (3,6). Para lograr cuidar se requiere una manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo (3,6).

El cuidado, al ser el objeto de estudio de Enfermería, marca la diferencia en el conocimiento necesario sobre el mismo y sobre la disciplina como tal. En otras palabras, se debe conocer cómo se desarrolla el cuidado en cualquier contexto. Para esta

investigación sobresale el contexto hospitalario y aunado a ello, la percepción de las personas sobre el mismo. Además, al entenderlo en su totalidad, se puede comprender su desarrollo y si posee requisitos necesarios para ser considerado *humanizado*. Por lo tanto, el enfoque prioritario no es contextualizar el cuidado como tal, sino marcar las pautas, características, particularidades, cualidades y formas de existencia del *cuidado humanizado*.

En concordancia con lo anterior, el análisis del cuidado humanizado, involucra la comprensión y atención de las diferentes esferas del ser humano, lo que se traduce en un enfoque holístico (7). El cuidado humanizado ha sido identificado como el núcleo de la formación y ejercicio del enfermero y de la enfermera, centrado en la persona, en su continua salud-enfermedad o cualquier momento de su existencia, desde la concepción hasta la muerte, en la familia y los grupos poblacionales (7).

Además, es posible comprender el cuidado humanizado a través de la percepción de las personas, así como desde la conceptualización colectiva del mismo (7). Desde Enfermería, se conocen los elementos claves y particulares del cuidado, su conceptualización, fundamento, cualidades, acción, filosofía, desarrollo, esencia, principios; es decir su existencia como objeto de estudio y como acción (8). Entonces, a partir de lo anterior, se abre la posibilidad de entender el cuidado desde el contexto de la *humanización*. Es posible discernirlo del cuidado no humano, del que no depende de la criticidad y uso de la razón, pues en la naturaleza encontramos el cuidado también. Esas incógnitas son primordiales de entender, así como los elementos diferenciadores del cuidado humano (8).

Cuando se habla de humanización, se puede correlacionar con las palabras de Jean Watson, la quien menciona lo siguiente: “ante la posible deshumanización de la atención en salud por cambios de estructura, nuevos modelos y tecnologías, es necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, por parte de por parte de los enfermeros y enfermeras” (9). De lo anterior, se entiende que el eje interpersonal y de relación metafísica entre el personal de Enfermería y la persona que

es atendida debe ir más allá de los aspectos biológicos de la intervención. Por eso, Enfermería trabaja con personas, porque de no ser así no habría un eje de humanismo como parte de su columna vertebral (9).

Por lo anterior, el cuidado humanizado de Enfermería es necesario en la práctica clínica-profesional ya que mejora la atención que se brinda a las personas, y así su calidad de vida. Debe ir acompañado del conocimiento científico, capacidad técnica y relación terapéutica para que sea posible el establecimiento de una interacción que logre acoger al otro de una manera cálida (10).

Para lograr la humanización del cuidado, es recomendable el “(...) ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que permiten organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención, asegurando con ello la continuidad y eficacia de estos” (11). El objetivo es entregar cuidados de calidad a las personas, tomando en cuenta sus derechos y situación de salud (4,6,9–11)

Al hacer referencia al uso de competencias, se piensa en elementos claves para el acercamiento con las personas sea cual sea el escenario. Por ende, es necesario “respetar los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales, verificando en todo momento que las personas reciban información suficiente para aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos” (4). Para lograr dichos objetivos, debe haber un acercamiento transpersonal, lo que se relaciona al quehacer real de la Enfermería (9,11). Es decir, la dignidad humana es la columna vertebral del humanismo; y representa el enfoque integral y holístico que debe tener la entrega de cuidados para responder a los principios de la bioética y del paradigma de la transformación (2,4,9).

En múltiples ocasiones, cuando se realiza una medición de la percepción del cuidado de Enfermería, se asocia a habilidades técnicas y no se hace referencia a los comportamientos de trato humanizado. Desde Enfermería, en palabras de Watson, se debe “(...) facilitar la consecución a la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno

mismo, autocuración y autocuidado al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana” (9,12,13). Toda interacción con el otro debe tener elementos esenciales que respondan a las necesidades de la persona, más sin embargo, la interacción siempre debe ser de forma recíproca, auténtica e intencional (12,13).

Por ello, cuando el ser humano sufre un deterioro en su salud, requiere de ayuda y cuidados de enfermeros y enfermeras. Estos cuidados son un instrumento para que la persona pueda lograr una adaptación; en otras palabras, el o la enfermera es capaz de educar acerca del abordaje de los procesos de salud, y a su vez, logra acompañar a las personas en momentos de incertidumbre producidos por la enfermedad y los procesos de atención hospitalarios (14).

Parte de la importancia de este estudio recae en la poca evidencia sobre la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en Costa Rica y el mundo. Los pocos estudios sobre este tema han sido desarrollados en hospitales públicos, en su mayoría por otras disciplinas que no contemplan elementos como cultura, percepción de la enfermedad, factores personales, sociodemográficos, económicos o emocionales de las personas (2,4,10,13).

Con respecto a lo anterior, se ha estudiado la relación existente entre la percepción del cuidado de Enfermería con las personas durante su hospitalización. Se ha evidenciado que alrededor del 40.1% de las personas hospitalizadas no reciben un cuidado humanizado (3). El mismo estudio ha demostrado que elementos sociodemográficos, laborales, tiempo de hospitalización y planes de especialización forman parte de los factores que interfieren en la relación de cuidado humanizado que brinda el personal de Enfermería (3). Lo evidenciado da indicios de la necesidad de la aplicación del estudio, ya que el mismo permite profundizar en la dinámica del personal de Enfermería y de la percepción de las personas sobre el cuidado que ofrece dicho personal.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, el problema de la deshumanización de la persona en los ámbitos sanitarios requiere de una aproximación

ético-filosófica que desarrolla temas tales como la naturaleza de la persona, su dignidad y su libertad, entre otros. Los hospitales tienen algunas tareas pendientes que deben afrontar desde una ética asistencial que se fundamente en la dignidad personal (12).

Por otra parte, el desarrollo científico y tecnológico no solo generan avances positivos tales como el aumento de la esperanza de vida, sino también otras situaciones como el riesgo de llegar a producirle a la persona una especie de “cosificación” (12). Dicho problema provoca que el cuidado se aleje de una visión conjunta del mismo y repercute en la deshumanización de la asistencia sanitaria. El problema se agrava con la división de la asistencia sanitaria ya que si bien es cierto permite una mejor especialización de los profesionales, aleja a los mismos de la integración holística si no se maneja coordinadamente (12).

Por la complejidad de la atención en el sector salud, se requiere de un alto conocimiento científico y técnico. En dicho sector, la formación profesional todavía se basa en el modelo reduccionista-organicista de medicina, el cual está fuertemente enfocado en la cura del cuerpo biológico, centrándose en la enfermedad y no en la persona (15).

Desde esta perspectiva, la humanización se realiza al brindar un cuidado individualizado donde se garanticen derechos a las personas que les permitan preservar su dignidad, haciéndoles partícipes de los procesos y permitiéndoles en medida de lo posible ser autónomos. Estos derechos son elementos fundamentales para la humanización y que deben ser considerados más allá de los avances de la tecnología y del reduccionismo de las personas a *pacientes* (15).

Seguido con lo anterior, el tema de los derechos humanos debe estar ligado al cuidado humanizado, pero como ya se ha mencionado, un aspecto que aleja a la Enfermería del mismo, es el tecnologicismo. La relevancia entregada por los y las enfermeros a las técnicas, a los procedimientos y a las supervisiones u otros aspectos relevantes e importantes de su quehacer, reemplazan la entrega y cariño hacia las

personas (16). De modo que, en los escenarios donde predominan máquinas y datos objetivos alcanzados por ella, se observa un detrimento de los procedimientos relacionados con la atención directa brindada a las personas y la subjetividad implicada en las relaciones humanas (15). Estos dos aspectos deben ser complementarios y no contrarios.

La humanización, como se observa no implica únicamente al cuidado enfermero, sino que la atención en salud en general puede verse afectada. Sin embargo, por lo mencionado y evidenciado, el cuidado brindado por enfermería no puede ser sustituido por otros profesionales en el área, ya que el eje central de la profesión es el cuidado. El mismo, al brindarse de forma humanizada, se relaciona con mayores índices de satisfacción por parte de las personas, y de igual forma, mejoras en la atención, calidad de vida, proceso de prevención y promoción de la salud (2,4,13,15).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la Política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas. A partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma,” este organismo enfatiza que la humanización, “es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” (14).

Además, según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), las funciones esenciales del profesional son: defensa, fomento de un entorno seguro, investigación, formación continua y la participación en la política de salud, en la gestión de los pacientes y en los sistemas de salud (17). Dichas funciones deben expresar el uso de las teorías y modelos propios de la disciplina, ya que a través de estos se impacta de manera positiva la vida de las personas, así como de sus cuidadores directos e indirectos, primarios y/o secundarios (13,17).

A nivel nacional, la preocupación por una atención integral se denota poca legislación actual y vigente. Reconocer los factores que intervienen en el cuidado humanizado, así como determinar la perspectiva de la población, puede ayudar a generar mejores recursos conceptuales y evidencia empírica de la necesidad del mismo (14). La humanización en los cuidados de Enfermería es una necesidad que demandan las personas. El mismo es considerado como un derecho; por ello, las políticas de salud están enfocadas a establecer normativas legales que aseguren el buen trato a las personas (14).

Adicionalmente, el Colegio de Enfermeras de Costa Rica, implementa el Reglamento de honorarios para la práctica liberal de los enfermeros y enfermeras, donde explícitamente se encuentran los deberes en el actuar disciplinar. Además, la CCCS publica el Manual Normativo del Programa Institucional de Estándares de Salud dirigido a los tres niveles de atención, en el cual se detalla la necesidad de accionar de forma humanizada (17,18).

Por ello, tanto en hospitales públicos como privados existen protocolos de atención para las personas que fomentan el buen trato. Estos son separados de la mayoría de protocolos técnicos que los profesionales utilizan. Es decir, es sumamente necesario construir un vínculo entre el cómo se brinda el cuidado humanizado y los protocolos técnicos (10). De esta manera, la construcción de dichos documentos, donde se fusionan ambos, permitiría brindar una atención integral tanto en centros hospitalarios privados, como en los públicos.

A partir de lo mencionado, se debe mencionar que se dirige la investigación al ámbito privado, ya que en el mismo se ha mostrado un aumento en el ingreso de personas, desde la década de los noventa (7). Como resultado a lo anterior, alrededor de un 30% del gasto en salud es provisto por el sector privado y las investigaciones compatibles o similares a la presente son escasas. Además, el contexto privado es distinto, según resultados de estudios, pues las personas expresan mayor satisfacción

por estos servicios, aunque los costos son significativamente mayores que los de los proveedores públicos (7).

Al realizar la investigación acerca del Cuidado Humanizado brindado por los enfermeros y enfermeras, se obtienen resultados que permiten establecer comparaciones que afirmen o refutan las conclusiones de estudios previos con respecto al grado de satisfacción de las personas en centros privados (en sus distintos entornos o especialidades) y a su vez, se busca la comprensión y un espacio de reflexión sobre el mismo para sumar insumos a la disciplina y que sirvan como referencia para el país (1).

En cuanto a la viabilidad para realizar la investigación, se contó con el tiempo necesario para la preparación, recolección, análisis y procesamiento. El tiempo incluye las reuniones para negociar la implementación, reuniones con coordinadores de información, conversatorios con los enfermeros y las enfermeras del hospital privado, reuniones con director y lectores y el tiempo de cada integrante para la redacción, revisión, análisis, procesamiento y reflexión de la información. La recolección de la información se llevó a cabo durante los meses de septiembre y octubre del 2020.

No hubo un costo elevado con respecto a la investigación, ya que la información fue recolectada por medios virtuales, específicamente mediante la plataforma *Microsoft Forms*. El proceso de construcción del instrumento virtual, así como su divulgación y estrategias de propagación, fueron servicios brindados por el hospital privado. Los investigadores no tuvieron la necesidad de trasladarse por lo que no hubo gastos en transporte. Además, se contó con recurso humano dentro del hospital, quienes se encargaban de la divulgación de información, así como de la coordinación de espacios para las reflexiones.

1.3. Problema de investigación

¿Cómo perciben los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería las personas hospitalizadas en un hospital privado?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Analizar la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en las personas hospitalizadas en un hospital privado.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar las cualidades del hacer de Enfermería según las personas hospitalizadas en un hospital privado.
- Determinar la apertura a la comunicación enfermera-paciente según las personas hospitalizadas en un hospital privado.
- Determinar la disposición para la atención según personas hospitalizadas en un hospital privado.
- Reflexionar desde la Teoría de Jean Watson sobre los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en un hospital privado.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2. Marco referencial

Este siguiente apartado resume diferentes aspectos de importancia para la investigación, entre estos conceptos y temas de pertinencia. El siguiente marco referencial se encuentra dividido en cuatro secciones: antecedentes, marco conceptual, marco teórico y marco legal. El primero describe la información internacional y nacional sobre investigaciones realizadas en el pasado sobre la temática. El segundo apartado agrupa los principales conceptos relacionados con el cuidado humanizado. El tercero describe la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Y finalmente, el cuarto abarca el ámbito legal que rige el cuidado humanizado.

2.1. Antecedentes

La humanización no es algo que suceda de manera espontánea, sino que debe ser fomentada, aprendida y practicada (19). La percepción del cuidado humanizado se basa en acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado (14). Como fue mencionado anteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la Política de Formación Integral para el Desarrollo Humano de los Profesionales de la Salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, fomento y práctica de la humanización en los profesionales a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma” (14).

Con todo esto, se desea clarificar que el cuidado humanizado se ve como un derecho a la integridad de la persona, y a la vez como un deber ético que todo profesional debe cumplir en el ejercicio de sus labores. Sumado a lo anterior, su cuidado debe ser medido con un método que le permita a los profesionales poder ser capaces de crecer y aprender.

De acuerdo a lo ya mencionado, un estudio concluye que para que se dé el

cuidado humanizado es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua. Estos elementos actúan como indicadores y como una oportunidad de visibilizar la mejora en las intervenciones enfermeras en el cuidado humanizado; a su vez, genera sensibilización en el personal de Enfermería desde un abordaje basado en valores humanos (20).

Por otro lado, un estudio de tipo transversal correlacional, el cual utiliza el instrumento PCH 3, concluye que en los resultados globales el 86% de los pacientes hospitalizados considera que siempre recibe trato humanizado, 11,7% casi siempre, 1,8% algunas veces y un 0,6% nunca percibió un trato humanizado. Las cualidades en la entrega de cuidado humanizado por el profesional de Enfermería que destacan los pacientes son las relacionadas a la categoría "Cualidades del hacer", es decir, perciben que los enfermeros y enfermeras son capaces de identificar sus necesidades, mantener un trato cordial, tener buena disponibilidad cuando se les requiere y educar en salud. La empatía, dar apoyo físico y emocional fueron las categorías con la menor percepción de cuidado humanizado (4).

Otro estudio de tipo descriptivo con abordaje cuantitativo concluye que las personas que reciben atención durante su estancia hospitalaria tienen una percepción "buena" de los cuidados ofrecidos por los enfermeros y enfermeras, debido a los elementos incluidos en las categorías "Priorizar el sujeto de cuidado" (la persona) y "Cualidades del hacer de Enfermería". El puntaje global fue de 123, lo cual permite determinar que siempre se percibe el cuidado humanizado. Las personas hospitalizadas destacan el valor que se les otorga como seres pluridimensionales mediante un vínculo interpersonal cimentado en el respeto y la confianza. Sin embargo, consideran que es importante reforzar una mayor comprensión y empatía frente al proceso que vive la persona durante su hospitalización. La categoría "Apertura a la comunicación" se percibió como buena, esto por la apertura a la comunicación del personal de Enfermería para explicar los procedimientos y proporcionar información; sin embargo, en los elementos por mejorar, se rescata la necesidad de una atención con mayor calidez y sensibilidad (21).

Un estudio cuantitativo descriptivo y prospectivo de corte transversal fue realizado durante el 2016 para medir la percepción que tiene la persona hospitalizada sobre el cuidado humanizado brindado por los estudiantes de Enfermería de la Universidad Católica de Manizales. Se utilizó el mismo instrumento denominado “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” (PCHE) Versión 3. La muestra recolectada fue de 356 pacientes. En la primera categoría, priorizar el sujeto de cuidado (la persona) se encontró que el 88,3% de los pacientes respondieron siempre y 9,9% casi siempre percibieron esta cualidad; los ítems “le hacen sentir como una persona” y “le tratan con amabilidad son los mejor valorados. Mientras que “Le hacen sentir tranquilo cuando le cuidan”, es el peor valorado. En la segunda categoría, los ítems mejor valorados son “le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes” y “le miran a los ojos, cuando le hablan”, ambos con 82% en la escala siempre, mientras que “le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos” y “le dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna” son los peor valorados. En la última categoría “Cualidades del hacer de Enfermería”, el ítem: “le respetan su intimidad” y “le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización” son los mejor valorados. Los ítems “le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo” y “identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual” son los que obtienen peor puntuación en la escala nunca (22).

Otro estudio llevado a cabo en Colombia, fue una investigación de tipo cuantitativo con abordaje descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 269 usuarios hospitalizados. El instrumento utilizado fue el de Percepción de Comportamientos del Cuidado Humanizado de Enfermería, Segunda Versión. El 72% de los usuarios hospitalizados percibieron como excelentes los comportamientos del cuidado humanizado, refiriendo tener mayor satisfacción en las categorías sentimientos del paciente, apoyo físico, priorización al ser cuidado y cualidades del hacer de Enfermería, siendo estas las categorías con mejor calificación; mientras que disponibilidad para la atención, dar apoyo emocional, y empatía tuvieron los valores más bajos de calificación (23).

Un estudio reflexivo de cuidado humanizado concluye que los profesionales de Enfermería tienen diversos roles que ejercen en los distintos momentos de cuidado de los pacientes. En el el cuidado humanizado se destacan los roles de defensor de los intereses del paciente, por su cercanía con él, y de agente comunicador, que mantiene el nexo entre la familia y el equipo médico (24).

Por último, un artículo titulado “*Análisis del concepto de personalidad de cuidado para Enfermería: una revisión*” (Concept Analysis of Caring Personality for Nursing: A Review, su nombre original en inglés), se realizó a través de una revisión de literatura de los fenómenos subyacentes a la selección de conceptos de personalidad de cuidado y el análisis de conceptos de la misma. Es decir, abarca las cualidades necesarias de la personalidad de cuidado. Se utilizaron diversas características o atributos que fueron analizados y que implícitamente hacen referencia a atributos mencionados en la teoría de Jean Watson, estos son altruismo, inteligencia emocional, estabilidad emocional, integridad personal y optimismo. Se describe que el cuidado es tanto una característica como un comportamiento perdurable cuando la personalidad del enfermero o enfermera es de cuidado, solidaria y cálida. Es decir, se determina la personalidad aquella donde se siente o muestra preocupación o amabilidad hacia los demás, o preocupación por el bienestar de los demás. Entre los principales sinónimos asociados en el artículo a la palabra cuidado, se encuentra “humano”. Parte de la conceptualización dada al cuidado en este artículo es la mencionada por Smith, et al, la cual menciona que el cuidado es un atributo de la personalidad humana (rasgo humano) que forma una actitud (afecto), lo cual fundamenta una base moral (imperativo moral) y permite una interacción (interacción interpersonal) e intervención terapéutica humana. Además, concluye que una personalidad enfocada al cuidado (con todas las cualidades necesarias) es una base fundamental para la prestación de cuidados profesionales y, por ende, de la satisfacción de las persona en la atención de Enfermería lo cual genera una atención sanitaria humanizada y de alta calidad (25).

Un artículo original, nacional, titulado como: “*Abordaje conceptual del cuidado*”

para mejorar la práctica de Enfermería” (26), se realizó a partir de evidencia en bases de datos. El estudio inicia con el desarrollo de los fundamentos conceptuales del cuidado y se traslada hacia la aplicabilidad de los mismos en la práctica enfermera. Concluye que el cuidado es una actividad inherente de la sociedad, el cual propicia tanto beneficios individuales como colectivos, por lo que, al contribuir al equilibrio social, se debe abordar desde la diversidad cultural. Además, menciona que el cuidado no se puede sustentar solo en la técnica o procedimiento, sino que se debe contar con un cuerpo de conocimientos en diversas áreas que permitan la comprensión de complejos fenómenos convergentes en la existencia humana. Finalmente, se afirma que; “el cuidado debe contemplar la capacidad de la persona para tomar decisiones hacia una búsqueda continua del desarrollo personal, haciendo uso de la aplicación de un plan de atención sustentado en evidencias científicas” (26).

Otro estudio titulado *“El cuidado como un proceso de interacción y anticipación humana”*, presenta una metodología que consiste en una metasíntesis generada a partir de la búsqueda en diversas bases de datos, durante el periodo 1970 a 2015. De este estudio surgieron dos variables: anticipación e interacción, además, 7 categorías. La investigación menciona que para ejercer el cuidado se requiere de "interacción", la cual depende de la "visión paradigmática" que la Enfermería utilice en el ejercicio de este. Asimismo, denota la "disposición" como una categoría de esta variable. Esta misma, como parte de la interacción en el cuidado, se manifiesta por la paciencia, el amor, la amistad, la empatía, el humor, la compasión, el interés por el otro, y la dedicación de tiempo. La conexión, también forma parte de la interacción, e involucra el contacto, la compañía, la comprensión, el conocimiento de sí mismo, la verdadera presencia, la cercanía y el arte. Como conclusión, en la interacción es fundamental que el enfermero logre establecer una conexión con la persona para poder asesorarle y ejercer un cuidado responsable. Además, las personas esperan que nos anticipemos para evitar alteraciones físicas y emocionales. Ambos términos y sus componentes constituyen un marco conceptual para abordar el cuidado humanizado (27).

Otro estudio nacional, titulado *“Enfermería ante la deshumanización”*, define a

través de cuáles prácticas, el cuidado se ha transformado en la esencia de la profesión denominada Enfermería. Este estudio concluye que es importante que la práctica que cada profesional realiza, sea llevada a la reflexión. Esto anterior, con el objetivo de que cada uno(a) se pueda preguntar si es que la rutina de los tiempos actuales ha hecho que se olvide la humanidad, si es que verdaderamente el hecho de ser profesional en Enfermería llena la razón de ser como persona o si es que estamos trabajando en esta profesión por una finalidad sólo de recursos. Todas estas y otras preguntas podrían en algún momento obligar a reflexionar sobre la práctica actual. Además finaliza el estudio con la siguiente frase: “Actuar olvidando que el sujeto de los cuidados es igual a mi persona en cuanto a dignidad y humanidad, es olvidar que yo mismo soy humano” (28).

En el año 2018, se llevó a cabo el Segundo Congreso Nacional de Estudiantes de Enfermería, donde su temática central fue la humanización. Uno de los principales temas que se trató, fue la importancia de la participación familiar en la recuperación de la persona en estado crítico. Hoy en día, se le ofrece a la familia que participe en la recuperación de la persona; es así que se rompe con el esquema tradicional (29).

Además, se han realizado jornadas que promueven la cooperación al desarrollo y formación. La última jornada llevada a cabo por el Centro de Humanización de la Salud, contó con la participación de un grupo de 60 profesionales en Costa Rica. Mayoritariamente enfermeros y enfermeras con cargos de liderazgo en salud. Su formación se orientó sobre “competencias blandas” y la humanización de la salud. Esta jornada, usó el lema de: “Enfermería: eje fundamental de los procesos de calidad de atención” (30).

Por último, destaca en el año 2016, el premio Magón otorgado a un profesional de la salud por el trato humanizado brindado a las personas. Poco a poco se visualizan los resultados de estrategias que han sido desarrolladas años atrás con el fin de sensibilizar a los enfermeros y enfermeras en un trato humanizado, y con el objetivo final de mejorar el servicio de atención en salud (31).

Durante el proceso de búsqueda de antecedentes nacionales, la información encontrada es realmente limitada. Son pocas las investigaciones sobre el cuidado humanizado en Costa Rica. La evidencia registrada proviene de artículos con un enfoque de conceptualización del cuidado humanizado, y no específicamente de la percepción del mismo, además de publicaciones de periódicos nacionales sobre estrategias de sensibilización hacia el personal de salud en la temática.

2.2. Marco conceptual

En este apartado se describen los conceptos más importantes para la investigación que se enlazan con la temática del cuidado humanizado. Dichos conceptos guiarán la forma de interpretar los resultados de la misma.

2.2.1. Ser humano

No es posible definir desde el ámbito antropológico al ser humano en una única definición. Este se encuentra interrelacionado con sistemas de valores, ciencias, creencias, momentos, circunstancias, culturas, cosmovisiones, elementos económicos, organización social, y muchos factores más (32). Es decir, el ser humano es un ser que por naturaleza es indeterminado. Desde la experiencia cotidiana de la existencia como individuo, es consciente de que, aun siendo un ser único que no deja de ser sí mismo, siempre se va a enfrentar a muchas realidades transforman su existir (32).

En otras palabras, su existencia se basa en la relación entre elementos (incluso su ambiente), y esa relación se basa en cambios. Para efectos de esta investigación, no definiremos al ser humano desde el aspecto biológico, no porque no sea importante, sino porque se busca entender la relación del ser humano con la percepción que este tiene con el cuidado. En el intento de comprenderse a sí mismo, se entiende que el ser humano a lo largo de los años, ha intentado construir ciertas visiones teóricas complementarias (32). Hay 3 principales de importancia: la primera, hace referencia a la visión monista, en la cual se materializa al ser humano en cuestión de forma, es decir, en “materia”. La segunda, alude a la visión dualista que comprende al ser humano como la unión de

cuerpo y espíritu. Finalmente, se encuentra la visión integral, la cual define al ser humano como un espíritu corporeizado. Todas estas visiones dependen de los elementos mencionados anteriormente (32).

Entonces, un ser humano integral, es biológico, social, cultural e históricamente único, irrepetible e irremplazable: y esta unicidad, irrepetibilidad e irremplazabilidad solo se logra tras la vivencia de las plurales dimensiones. En palabras de Blanco:

“El hombre es una unidad indivisible y multifacética que debe ser estimada y cultivada en todas sus dimensiones” (33).

2.2.2. Fenomenología

Se refiere a la forma de estudiar los fenómenos o vivencias dentro de la unidad de experiencia de un Yo (persona), el cual es “Yo puro” de la “conciencia pura” (34). Además, es el flujo temporal del presente vivo y flujo del tiempo interno o íntimo de la conciencia. Este es un nuevo paradigma que observa y explica la ciencia para poder encontrar la realidad de las verdades o hechos (35). Es decir, se debe determinar la forma de validar científicamente la subjetividad de los hechos, por ello, Heidegger, refiere que la fenomenología es: “permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo”; es decir, a través de esta todo fenómeno puede ser objetivo, verdadero y científico (36).

2.2.3. Cuidado

Desde Enfermería, el cuidado es entendido como un modo de ser humano, es decir, como parte de la naturaleza humana. Como imperativo moral, el cuidado es descrito como un valor fundamental o un ideal moral en enfermería y de esta manera está orientado a mantener la dignidad humana (67).

En Enfermería, se procura reconocer que la persona cuidada es única, poseedora de atributos: conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes, por lo tanto, el cuidado en Enfermería asume una dimensión humanista y comprensiva del ser,

cuya subjetividad está estructurada por sus vivencias y significados, sentimientos, emociones, intuiciones, razonamientos (38).

2.2.4. Humanización

Se enfoca en el ser humano. Es todo aquello relativo o perteneciente al ser humano y propio de él, sin importar cual sea la percepción que se tenga de sí mismo (39). La existencia del ser humano permite determinar que cada uno es único y trascendente, y que existen en relación con otros (39). Además, se está inmerso en un contexto familiar y social, con creencias y valores enraizados en la cultura, que son determinados por el momento en que se vive. Está entonces dependería de la percepción de humano que se tenga, pero siempre va a aludir a esa existencia e interrelación con la realidad (39).

2.2.5. Cuidado Humanizado

Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausado hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida, y es a su vez, una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera o enfermero - persona (14).

Este proceso es necesario en la práctica clínica-profesional, porque permite mejorar el cuidado que se brinda a la persona con el fin de propiciar su calidad de vida e implica acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado (14).

El cuidado humanizado, es a su vez una guía iluminadora, y ha de presentarse de manera dialógica, como una relación de ida y vuelta entre las personas que se relacionan en el cuidado enfermero (14). Su fundamento descansa en el entramado de significados que ha adquirido la humanidad y que convergen en las interrelaciones que suponen las

acciones de Enfermería y por las cuales adquiere sentido ella misma (14).

El cuidado humanizado en Enfermería debe entenderse dentro de la dimensión simbólica que define al hombre, dado que es por y en medio de éste que las personas logran construir un mundo pleno de significado y comprensión (40).

2.2.6. Percepción

La percepción describe una “sensación” que está mediada por procesos neurológicos que permiten que la persona distinga, sienta y tenga una opinión sobre cualquier situación a su alrededor (41). Sumado a lo anterior, la percepción constituye a la realidad experimentada, pues deriva de hechos factibles que se alojan en la conciencia de la persona. Esta, además, permite predecir conductas humanas basadas en las experiencias previas o en el procesamiento del mundo externo (41).

En otras palabras, como menciona Pecho (42), la percepción es un proceso mental que permite a las personas formar conceptos, opiniones, impresiones o sentimientos sobre un individuo, objeto o fenómeno, y esta se basa en las experiencias pasadas, contexto social, y conocimiento de la realidad en función de las necesidades, intereses, aspiraciones y deseos propios (42). Se describe que las personas perciben a través de dos distintas formas, la primera es la experiencia concreta, y la segunda, es la conceptualización abstracta (y generalizaciones) (42).

Es importante recalcar, entonces, que la percepción como sensación requiere de un proceso mental modulado por emociones, pensamientos y sentimientos (42). Pecho describe varias características de esta percepción, se enlistan a continuación (42):

- Tiene una función adaptativa, ya que permite que las personas se orienten en cualquier medio ambiente en el que se encuentren.
- Depende de las características tanto del objeto como de nosotros mismos, es decir varía según estímulos internos y externos.

- Es estable, ya que permite identificar un objeto siempre, aun cuando las circunstancias varían.
- Contiene un significado, en algunos casos es de forma inmediata, pero puede darse la posibilidad de que no lo sea. En este último caso, las personas buscan encontrarle algún sentido incluso si este afecta su bienestar.
- Se puede presentar incluso cuando los datos presentados son escasos.
- Se produce en términos de probabilidades.
- Hay percepciones equivocadas, como lo son las ilusiones y las alucinaciones.

2.2.7. Percepción de cuidado

Este concepto alude al proceso mental mediante el cual la persona cuidada y el enfermero o la enfermera logran obtener momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado brindada (43). Hay diferentes formas de percibir el cuidado, tal como menciona Morse, algunas de estas son: como característica humana, como imperativo moral o ideal, como afecto, como relación interpersonal, y como acción terapéutica de Enfermería (43).

Para efectos de esta investigación se analizará desde diferentes variantes, sin embargo, es imperativa la percepción como relación interpersonal, ya que este proceso es subjetivo, pero depende de la interacción entre la persona y el enfermero o enfermera. Estos elementos son abordados dentro de las categorías a estudiar con el instrumento de recolección de datos PCHE3.

2.2.8. Comunicación

Este es un proceso interactivo e interpersonal. Es una acción recíproca que ocurre entre personas y que está compuesto por elementos que interactúan constantemente (44). En el proceso de comunicación los sujetos proyectan sus subjetividades y modelos del mundo, interactúan desde sus lugares de construcción de sentido (45). La comunicación tiene una estructura y funcionamiento complejos y una multiplicidad de formas de expresión que derivan del acercamiento entre las personas (45).

2.2.9. Interacción

Esta puede ser definida desde el aspecto social y desde la fenomenología. Desde ambos enfoques, la interacción es un escenario de la comunicación, y a la inversa; es decir, no existe una sin la otra (45). Para O'Sullivan et al (45), la interacción equivale al intercambio y la negociación del sentido entre dos o más participantes situados en contextos sociales, por lo que su enfoque es más social (45). Ahora bien, para Galindo, este es el corazón de la comunicología, además, señala la relación entre los sistemas de comunicación y se diferencia de los demás sistemas existentes (45). No hay interacción sin co-presencia, comunicación y reciprocidad observable, y para la fenomenología, hay influencia recíproca sobre los comportamientos que concluyen en la verdadera realidad social (45). Finalmente, es importante mencionar que dentro de la interacción hay reglas, normas y dinámicas compartidas que son definidas por las personas que interactúan en el momento (45).

2.2.10. Trascendencia

Para Heidegger (36), trascender es:

“El paso al otro lado, y lo trascendente designa aquello hacia donde se produce el paso, aquello que, para ser accesible y comprensible, requiere un paso al otro lado, lo de más allá, lo contrapuesto: por último, lo que trasciende: aquello que realiza el paso más allá” (36).

Pero hace una diferencia filosófica en dos términos, el primero que habla de lo trascendente a diferencia de lo inmanente, es decir todo lo que no permanece al interior del sujeto, sino que está fuera suyo (36). El segundo, se refiere a lo trascendente a diferencia de lo contingente, el cual refiere a lo incondicionado e inalcanzable, en otras palabras lo que nos excede con personas (36). El elemento clave es la subjetividad; entonces, se debe considerar la trascendencia como: “ser-en-el-mundo”. En resumen,

se trasciende porque se es sujeto (36).

2.3. Marco Teórico

La Enfermería ha existido desde el inicio de la humanidad; enfocada siempre en su objeto de estudio: el cuidado. En la actualidad, se observa un mayor protagonismo y posicionamiento por parte del enfermero o enfermera, siendo su rol un factor contribuyente a la mejora de las condiciones de salud de la población (9,46).

Por lo anterior, el siglo XIX fue una época de cambios importantes para la profesión, puesto que se dan una serie de procesos reflexivos sobre el quehacer enfermero. Esta necesidad de reflexión, exigió contar con una línea de análisis conceptual. Dicho análisis tuvo sus orígenes cuando Florence Nightingale realizó una serie de observaciones que la llevaron a reconocer el valor del cuidado (46).

Para esa época, el cuidado tenía un valor diferente. Este se encargaba de ver a la persona como enfermo (sujeto), antes que su enfermedad (objeto), permitiendo que el sufrimiento, que puede ser aliviado, sea ocultado en la profundidad biológica del organismo (46). Enfermería se desarrolló hacia una visión holística y biopsicosocial que se centró en las respuestas a los procesos mórbidos y de salud. De esta forma, los cuidados se enfocaron en reducir las distancias entre los tratamientos y el sentido de la enfermedad (46). Esto quiere decir que la Enfermería actual ha venido haciendo cambios para acoplarse y adaptarse al paradigma de la Transformación (46).

La Enfermería moderna ha incorporado nuevas áreas a su quehacer, y una de ellas es la sociabilidad. Esta se convierte en un elemento inherente al cuidado (47). La sociabilidad es entendida como la tendencia de las personas a asociarse con otros y a preocuparse por ellos (47). Además, añade una capa de complejidad y realismo al análisis de las conductas y las decisiones humanas; debido a que en muchas políticas económicas se utiliza el supuesto de que los individuos toman decisiones como agentes egoístas y autónomos (47). Dichas políticas a menudo, se centran en los incentivos

materiales externos, como los precios. Sin embargo, la sociabilidad humana implica que la conducta también está influida por las expectativas sociales, el reconocimiento social, los patrones de cooperación, el cuidado de los miembros del grupo (enfermeros y enfermeras) y las normas sociales (47,48).

En efecto, el diseño de las instituciones y el modo en que éstas organizan los grupos y emplean los incentivos materiales pueden suprimir o despertar la motivación para emprender tareas cooperativas, lo cual puede incidir directamente en la humanización del cuidado (47). Además, las preferencias y las influencias sociales pueden llevar a las sociedades a establecer patrones colectivos de conducta que se refuerzan a sí mismos, que pueden ser beneficiosos o dañinos. En muchos casos, estos representan esquemas de confianza y valores compartidos (47,48).

Por lo tanto, es necesario entender el origen de la humanización dentro de la sociedad. Este origen recae en las teorías de Enfermería y modelos, los cuales se fundamentan en una visión humanista del cuidado (47,48).

En la sociedad actual, los cambios en la forma de vida se exteriorizan y se enmarcan con más facilidad, lo cual permite diversas maneras de existir. Por ello, la Enfermería que conocemos, va cambiando en su forma de aplicación; es decir, esta no cambia su esencia, pero logra adaptarse a los cambios que surgen (47). En consecuencia, desarrolla elementos esenciales para el futuro; los cuales a nivel disciplinar ayudan a entender de una manera más eficiente cuál es su visión; y así, poder cumplir con los objetivos que se adapten a la realidad (47).

Por consiguiente, la Enfermería ha adquirido un rol esencial en ese dinamismo, y a su vez, en el cuidado de las personas. Este cuidado ha sido reconocido en diferentes aspectos del diario vivir. Los paradigmas de Enfermería son una clara evidencia de las transformaciones que la disciplina ha ido desarrollando (47). Además, es necesario recalcar la importancia del quehacer de los profesionales, pero más allá de eso, el ser del enfermero o enfermera. Este último aspecto, agranda las posibilidades de

entendimiento de esta profesión, pues desarrolla un sentimiento de pertenencia que cada profesional vive diferente; pero siempre, por un objetivo en conjunto: el cuidado (9,47).

Entender que la práctica de Enfermería requiere de un gran número de conocimientos, habilidades, y actitudes, es el primer paso para darle un valor real a la disciplina. Lo anterior, porque ningún profesional puede brindar un cuidado de calidad si no tiene las herramientas necesarias para ello (10). Pertenecer a esta ciencia implica tener la oportunidad de entender que existe el objetivismo, operaciones rígidas, definiciones, preocupaciones, entre otras cosas; pero siempre existe la posibilidad de conectar y servir a las personas desde una perspectiva de entendimiento de su dignidad humana (10). Por ello, ser enfermero o enfermera es dar un reconocimiento a la existencia de las personas, creando una interacción entre dos seres que pueden conseguir metas en conjunto (10).

La Enfermería, entonces, implica conectar, y a su vez, permite ser parte del crecimiento de la misma. Ello implica compromiso por entender más allá de la forma orgánica de las personas (9,10). Para que lo anterior se materialice, debe el enfermero o la enfermera centrarse en el objeto de estudio de la Enfermería, pues permite encontrar evidencia que interioriza la experiencia humana como parte de la realidad (10). El enfoque del quehacer hacia una manera más humana, abre puentes que posibiliten a cada profesional comprender su propia existencia dentro del marco del cuidado humanizado (9,10).

Por lo anterior, es necesario conceptualizar dentro de un contexto teórico el cuidado humano, y para ello, dentro de la disciplina se puede encontrar el trabajo de Jean Watson: "Teoría del Cuidado Humano. Esta teoría permite comprender desde la experiencia humana la relación transpersonal, fenomenología y el cuidado como esencia de la práctica de Enfermería (9).

2.3.1. Teoría del Cuidado Humano

Esta teoría fue desarrollada por Jean Watson, pionera de la Enfermería contemporánea y de la integración de las humanidades, artes y ciencias. Watson publica la misma en 1979 en su libro: *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Enfermería: La filosofía y ciencia de los cuidados)(9). Ella misma corrige la teoría y en 1985 publica su libro: *“Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing* (Enfermería: ciencia y cuidados humanos. Una teoría de Enfermería)” (9).

Watson, desarrolla su teoría teniendo como base enfoques filosóficos y espirituales, que calan a lo largo de la misma. La autora menciona que una teoría se ve como un nuevo “punto de vista” de la experiencia humana de cuidado, curación, salud y enfermedad (9). Si se observa a fondo, Watson busca desarrollar un grupo imaginario de conocimiento, ideas y experiencias que ayuden a simbolizar la representación de ese punto de vista. Lo anterior, con el objetivo de iluminar un fenómeno específico que se materializa como cuidado humanizado (49).

En relación a lo mencionado, gracias a la teoría, Watson da a la disciplina una forma más de observar el cuidado, proporcionando un lenguaje, voz y mejor aún, un propósito para todo aquello que es invisible o muy abstracto de la Enfermería (9). Así que, en palabras propias de Watson: “La teoría va hacia un contexto de ciencia del cuidado (...) que envuelve la naturaleza de la humanidad y proporciona un fundamento ético, moral y filosófico muy amplio” (9).

Para efectos de esta investigación se estandariza el lenguaje ya que en la teoría se habla de “pacientes” y “enfermeras”. Es decir, en el presente documento, se hablará de “personas” para aludir a los “pacientes” y no se hará referencia únicamente a “enfermeras”, sino a “enfermeros y enfermeras”.

2.3.2. Filosofía del cuidado según Watson.

Para Watson el cuidado de Enfermería se relaciona con ciertos enfoques filosóficos fenomenológicos y espirituales (9). Para ella, el modelo del cuidado se refleja como un ideal moral y ético, donde el cuidado humano es una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. De esta conceptualización, nacen tres premisas claras y concisas, las cuales determinan o guían el pensamiento de Watson hacia su teoría. Dichas premisas se enlistan a continuación (9):

- Premisa 1: “El cuidado (y la Enfermería) han existido en todas las sociedades.
- Premisa 2: “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre el enfermero o enfermera-persona”.
- Premisa 3: “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”.

Si se analizan las premisas se puede determinar que estas reflejan los aspectos transpersonales e interpersonales que Watson defiende. Además, estas integran todos los elementos filosóficos, espirituales, metafísicos, fenomenológicos y demás, que contiene su pensamiento. Estas permiten hacer referencia al fundamento clave de su teoría. Se pueden describir de forma lacónica de la siguiente manera (9):

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.

- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

2.3.3. Metaparadigmas desde la perspectiva de Watson.

Los cuatro metaparadigmas de Enfermería son descritos explícitamente por Watson en su teoría. Esto permite conceptualizar los elementos que son de uso para los enfermeros y las enfermeras, los cuales marcan las pautas en su forma de interactuar con las personas (9). Además, al entender el enfoque fenomenológico de esta autora es posible encontrar la relevancia de la interacción entre los profesionales y las personas que son atendidas en cualquier área. Por ende, ante el uso de la filosofía de Watson, es más que necesario pensar en que su visión depende justamente del “cómo” se comprende el mundo (9).

Dado lo anterior, es pertinente describir desde la visión de Watson los cuatro metaparadigmas de Enfermería, los cuales son enfoques claves para el análisis de este estudio. Los mismos se detallan a continuación:

- **Persona:** Watson tiene una forma de entender el mundo muy existencialista, pues desde su perspectiva, la realidad de las cosas predomina según armonía de varios elementos que interactúan entre sí, lo cual forma una unidad (9). Por consiguiente, Watson considera a la *persona* como “un ser en el mundo”. En otras palabras, una *unidad* de mente, cuerpo y espíritu (9). Esta *persona* a través de estas interacciones es capaz de experimentar y percibir el Gestalt, que es el locus de la existencia humana y a su vez, se convierte en el sujeto de interés para la Enfermería (9,50). Es decir, la *persona* es una *unidad* en armonía que depende de interacciones fenomenológicas, de su entorno, de sus esferas como vida social, familiar, cultural, económica, etc; y además, cualquier elemento que interactúa directa o indirectamente con ella (9,50). Lo anterior, nos acerca mucho al pensamiento que se tiene del paradigma de la Transformación (50).

- **Medio ambiente o entorno:** Para Watson, este elemento es fundamental, pues representa la realidad objetiva y el marco de referencia subjetivo del individuo (9). Es otras palabras, elementos como la cultura, valores en la sociedad, creencias tanto de la persona como las del mundo que le rodea, entre otros elementos; crean una interacción que determina parte del ser de la persona y por ende, de su existencia (49). La realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado) (9).
- **Salud:** Para Watson, se relaciona directamente con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”(9). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado (9). Si se analiza el término dado por Watson, se incluye la existencia como tal y el cuidado se vuelve la base de dicha existencia (9). Dicho cuidado se enfoca en la preservación de la armonía entre los elementos que conforman a la persona, y esto únicamente se logra a través del mismo (9). En otras palabras, este término incluye la preocupación por los otros, ayuda a la persona a realizarse y autorrealizarse, forma de ser y estar en relación con otros, adaptación, relación de copresencia y reciprocidad, experiencia de la persona, espiritualidad (49,51). Todos los elementos mencionados, interactúan entre el cuerpo, mente y alma de la persona (9,51).
- **Enfermería:** Se enfoca en las relaciones transpersonales. Este es el arte de detectar, comprender y sentir los sentimientos de esa unidad entre cuerpo, mente y alma (persona); pero no solo eso, sino que se tiene la posibilidad de expresarlos de forma semejante a los que la persona está experimentando (9,51). Esta es una ciencia humana y un arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética (51,52). Enfermería estudia la interacción entre los demás metaparadigmas para darle una respuesta a la necesidad humana (50,51).

2.3.4. Conceptos de la teoría de Watson.

- **Interacción enfermera o enfermero - persona:** El ideal moral de Enfermería se basa en la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias (9).

Para Watson, el cuidado debe ser íntersubjetivo y responde a procesos de salud-enfermedad, interacción persona-medioambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado (9,53). Por ende, la interacción se basa en una relación transpersonal, la cual corresponde a un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal (9,53).

- **Campo fenomenológico:** Se entiende como campo fenomenológico a la realidad subjetiva de la persona, la cual incluye experiencia humana y sentimientos subjetivos; es decir, espíritu y alma (49,53). El cuidado es el punto inicial para adentrarse al campo fenomenológico de la persona. Requiere de una relación interpersonal auténtica y con compromiso de ambas partes. Esta relación significa la oportunidad de explorar y entender la expresión del fenómeno de salud-enfermedad en el ser humano, viéndolo como un todo (49,53,54). Por lo que el personal de Enfermería debe priorizar acciones que respeten sus valores y sentimientos. Además, debe considerar la experiencia subjetiva que la persona experimenta; esto potencia la máxima expresión de su ser (54).
- **Relación transpersonal de cuidado:** El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno” (53). Se basa en la fenomenología como una forma de aproximación. Basado en lo anterior, se concluye que el enfermero o la enfermera, se convierte en un instrumento terapéutico y a su vez, el mismo o la misma, posee

una forma de entender la relación intersubjetiva, interpersonal y transpersonal de la persona (4).

En el aspecto transpersonal, cada acción tiene un efecto, por lo que se obtiene una responsabilidad, entendida como una respuesta de profundo contenido ético en dicha relación (4). La misma, estimula un proceso de individuación dinámico y coherente con el convivir (4). Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por: un compromiso moral para proteger la dignidad humana así como el yo, y el conocimiento del cuidado transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado sin necesidad de reducir a la persona a un *objeto* (4,9,49,54).

Esta relación se percibe más allá de ser objetiva, ya que el enfermero o enfermera muestra interés. Este acercamiento se caracteriza por la unicidad enfermero o enfermera - persona, así como la mutualidad entre los dos (4,54). Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento (49,53). El término *transpersonal* quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación de las personas (9,49,53). Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, humanidad, integridad y armonía interior (53).

- **Momento de cuidado:** El momento del cuidado es creado cuando el profesional y la persona interactúan. Ambos cuentan con características únicas, que hacen que la interacción entre estos sea de igual forma (53). En esta interacción, las personas tienen la posibilidad de realizar una transacción humana mediante la cual hay un flujo de conocimiento bidireccional (9). Para Watson, el momento del cuidado es aquel *que promueve el desarrollo del potencial* que permite a la persona elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso (4).

2.3.5. Factores Curativos de la Ciencia del Cuidado.

La idea de Watson sobre su teoría se basa en crear un sustento moral y filosófico para Enfermería, pues esta puede guiar y justificar el accionar de los enfermeros y las enfermeras en cualquier ámbito, entorno, momento o circunstancia. Al publicar su segundo libro, Watson, expande su visión y determina diez factores curativos. Estos, dan explicación a la Ciencia del Cuidado a través de aspectos éticos, de arte y espirituales-metafísicos (9). En otras palabras, la base de la teoría de Watson es la práctica enfermera en dichos diez factores de cuidados. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a las personas implicadas en la relación que abarca la Enfermería (9).

Los tres primeros factores representan el fundamento filosófico para la ciencia del cuidado y estos son interdependientes entre sí (9). Esto explica explícitamente porque para Watson el cuidado es la forma para lograr que una persona con problemas reales o potenciales de salud reciba una atención segura y eficiente. A medida que las ideas y los valores de Watson han evolucionado, ha trasladado los 10 factores de cuidados a los Procesos Cáritas (9).

El Proceso Cáritas del Cuidado (PCC), propone un lenguaje fluido que ayuda a entender dimensiones más profundas sobre la experiencia humana y el proceso de existencia como tal (9). Estos diez factores representan la validez de la interacción entre el profesional y la persona.

A continuación, se describen los factores de cuidado del Proceso Cáritas del Cuidado:

- **Primer factor:** “Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente” (9).

Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de los enfermeros y enfermeras. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo (9).

- **Segundo factor:** “Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado” (9).

Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de las personas. También describe el papel del enfermero o enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces y a la hora de promover el bienestar ayudando a la persona para que adopte las conductas (9).

- **Tercer factor:** “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión” (9).

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la autorrealización a través de la autoaceptación tanto para el enfermero o enfermera como para la persona. A medida que los enfermeros y enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, éstos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás (9).

- **Cuarto factor:** “El desarrollo de una relación de ayuda y confianza” (9).

Durante el acto de cuidar, la relación humana requiere del “desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza” (55). Esta relación fomenta la empatía, coherencia, y expresión tanto de los sentimientos positivos como negativos, lo cual permite ascender a la dimensión transpersonal (55). Esto hace del cuidado, un medio auténtico y genuino que toma en

cuenta la conciencia emocional, valores, metas y el desarrollo de la capacidad de escuchar y comunicar (9).

- **Quinto factor:** “La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos” (9).

Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como “estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida” (55). El comprender mutuamente emociones, pensamientos y comportamientos ayuda a que el enfermero o la enfermera tenga la capacidad de reconocer intelectual y emocionalmente pensamientos negativos y positivos y así, diferenciarlos (55).

- **Sexto Factor:** “Uso sistemático del método científico en la solución de problemas para la toma de decisiones” (9).

Watson considera que el proceso de Enfermería es similar a la investigación, ya que requiere de sistematización y organización; y por ende, utiliza el método científico. (9) El uso del proceso de Enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, lo cual disipa la imagen tradicional del enfermero o enfermera como el o la ayudante de un médico. Esto es considerado como el eje principal de empoderamiento personal, ya que implica la constante superación y la toma de decisiones (55).

- **Séptimo Factor:** “Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal” (9).

Este factor radica en la enseñanza y el aprendizaje, y con ello, el flujo de información desde el enfermero o la enfermera hacia la persona (59,61). Dicho enfermero o enfermera favorece este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para facilitar el autocuidado, determinando las necesidades

personales y ofreciendo oportunidades de crecimiento personal (9). Este factor es importante en cuanto a pedagogía, investigación y la continua mejora del cuidado (52,55).

- **Octavo Factor:** “Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual” (9).

El octavo factor hace referencia a la interacción con el entorno o medio ambiente. Se vale de la armonía y la influencia entre lo interno y lo externo en la salud y la enfermedad; conoce debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, y por lo tanto, ayuda a visualizar las experiencias pasadas y entender el porqué de las nuevas (9,55). Para Watson, en el entorno interno se incluye el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como la comodidad, privacidad, seguridad y entornos limpios, que resultan estéticamente agradables (9).

- **Noveno Factor:** “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger” (9,55).

Este factor consiste en priorizar el cuidado que se brinda a la persona, lo cual requiere entender las necesidades de la misma en todos los aspectos de su vida. Para comprender dichas necesidades es necesario reconocer el fenómeno de estudio para organizarlo e interpretarlo (55).

Las necesidades humanas están estratificadas en distintos niveles (9,55). El primer nivel representa las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, como lo son nutrición, eliminación, etc. El segundo nivel está representado por las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo - actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, se encuentran las necesidades integrativas o psicosociales, pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra-interpersonales; es decir, se refiere a la

necesidad de realización de sí mismo (crecimiento personal) (9,55). Hay varios elementos que se deben considerar, ya que según Watson, los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles (9).

- **Décimo factor:** “El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales” (9,55).

El último factor menciona la importancia de la academia y el tecnicismo, así como la necesidad de que el enfermero o enfermera sea optimista, flexible, adaptable, comunicativo o comunicativa asertivamente y con capacidad para interactuar interpersonalmente (55). Es decir, este es el método para lograr trabajar la fenomenología definida como: “(...) énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellas” (9). De modo que, la fenomenología es descriptiva, y corresponde a una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión (9,55).

Estos factores forman el principal sustento para el análisis de la teoría y de la interacción enfermero o enfermera - persona (9). El cuidado depende de la habilidad del enfermero o enfermera para percibir y afirmar la subjetividad del otro. Es decir, se manifiesta en acciones, palabras y maneras de ser, basados en la experiencia transpersonal de cada interacción (9). Al conocer estos elementos, se es capaz de entender que para Watson, la interacción depende de la habilidad para sentirse unido o unida y cercano o cercana al otro y experimentar e imaginar sus sentimientos. En pocas palabras, la gestión del cuidado para que sea eficiente, humana y dentro del paradigma de la Transformación debe conservar los aspectos éticos y depende de la claridad en los pensamientos para no violentar la dignidad de la persona (9).

Por lo anterior, estos diez factores representan el eje central de análisis de esta investigación. A través de ellos se pueden reconocer los elementos del cuidado humanizado presentes en la atención brindada, sin importar el escenario en el que se dé la interacción.

2.4. Marco legal

Esta sección se considera pertinente debido a la poca legislación encontrada sobre la temática, pues evidencia que hay elementos de mejora desde la perspectiva jurídica, política y social, con enfoques culturales económicos y disciplinares. Por lo anterior, se enlistan de internacional a nacional, las directrices, leyes, proyectos y demás documentos que se encuentran dentro la temática.

Como fue mencionado en secciones anteriores, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha promovido la Política de Formación Integral de los Profesionales en Salud con un desarrollo basado en la búsqueda de la protección de los derechos de las personas. Dicho desarrollo se ha buscado a través del lema "Trato humanizado a la persona sana y enferma" y la misma, menciona "la humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida" (14).

Seguidamente, es importante mencionar que algunos países cuentan con leyes específicas dirigidas al cuidado humanizado las cuales rigen a lo largo del país y cuentan con directrices específicas. Un caso de estos es Argentina, quien cuenta con leyes de cuidado humanizado para los partos.

A nivel nacional, es menester mencionar que no existe una legislación que controle el cuidado humanizado como parte de la atención en los distintos escenarios. Sin embargo, existen ciertas normativas que aluden al cuidado humanizado como elemento esencial del cuidado de Enfermería. A continuación, se enlistan dichas normativas y los principales elementos que tienen relación directa con la temática.

2.4.1. Ley General de Salud (N. 5395). Asamblea Legislativa de Costa Rica.

Capítulo I

De los derechos y deberes relativos a la promoción y conservación de la salud personal y familiar.

Artículo 10. Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la *debida información y las instrucciones adecuadas sobre los asuntos, las acciones y las prácticas* conducentes a la promoción y la conservación de la salud física y mental de los miembros de su hogar, particularmente, sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades, depresión, suicidio, esquizofrenia, adicciones a las drogas y el alcohol, el matonismo escolar, el acoso laboral y el apoyo necesario al grupo familiar, así como sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales (56).

Artículo 12. (...)

a) *Ser tratada de manera cordial y respetuosa* por parte de los funcionarios del centro médico.

b) *Recibir atención oportuna y personalizada* (56).

Como se observa, la ley que regula toda actividad brindada por los profesionales en salud no hace alusión alguna a ningún aspecto del cuidado humanizado, pero se encuentran implícitamente algunos de los elementos claves del mismo. Los mencionados son atributos o características propias de las cualidades del quehacer de Enfermería.

2.4.2. Perfil del y la Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención.

- Características del puesto: Desarrolla la toma de decisiones para el desarrollo de la mejor calidad y calidez de la atención para la persona, familia y comunidad (57).

- Cualidades personales: Requiere habilidad para comunicarse y relacionarse de forma amable y satisfactoria con el público (57).

Como se observa, no se presenta un enfoque explícito al cuidado humanizado, sino a elementos y atributos necesarios para que se dé el mismo. Lo cual deja en evidencia el vacío en el ámbito jurídico.

2.4.3. Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los tres Niveles de Atención. Caja Costarricense del Seguro Social.

Estándares Humanización del cuidado

Objetivo General: Fortalecer los índices de calidad, *el trato humanizado y la calidez de los servicios* que se brindan a las personas, en los diferentes niveles de atención, a través de la conducción y asesoramiento del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los Tres Niveles de Atención (58).

Estándar número 21: La dignidad y los derechos de la persona usuaria son respetados por el personal de Enfermería durante la atención brindada (58).

Justificación necesaria:

1. Toda persona usuaria es un ser humano integral con dignidad y derechos, que debe ser atendido sin distinción de género, credo, raza, nacionalidad, educación y condición social.
2. El consentimiento informado para la atención de Enfermería le permite al usuario y/o familia participar de su proceso de atención, conocer y autorizar los procedimientos a los que será sometido (58).

Condición Necesaria:

1. El personal debe respetar la dignidad y conocer los derechos de las personas usuarias.
2. El personal debe conocer y aplicar la Política del Buen Trato.
3. El personal debe conocer y aplicar a los usuarios el consentimiento informado para la atención de Enfermería (58).

Estándar número 22: Continuidad de la Gestión del Cuidado de Enfermería en los tres Niveles de Atención (58).

Justificación necesaria:

1. Garantiza una gestión oportuna, efectiva, segura y humanizada de los cuidados (58).

Como se observa, el enfoque va dirigido explícitamente al cuidado humanizado y abarca muchos de los elementos necesarios para que los enfermeros y las enfermeras lo apliquen en la atención brindada.

2.4.4. Proyecto de ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica. Asamblea Legislativa.

La violencia obstétrica constituye una violación a diversos derechos humanos de las mujeres y forma parte de una problemática nacional, invisibilizado y poco tratado por las autoridades. En términos de la legislación, las instituciones médicas deben implementar —en su esfera de acción el modelo de *parto humanizado* e integrar a su personal en el proceso, así como visibilizar la problemática de la violencia obstétrica y sensibilizar al personal de salud respecto al tema (59).

Este proyecto busca que los partos se realicen obligatoriamente bajo estándares de calidad altos enfocados en el cuidado humanizado, lo cual representa un gran avance en el ámbito jurídico; pero a su vez, este al ser tan específico limita el cuidado humanizado a una responsabilidad obstétrica.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Área de la investigación.

El área de investigación del presente trabajo corresponde al “Estudio del cuidado de Enfermería” el cual se abordó desde la Teoría y Filosofía del Cuidado Humano de Jean Watson. Se analizó la percepción del cuidado humanizado de Enfermería en personas hospitalizadas que han utilizado el centro hospitalario. La línea de investigación corresponde a la gestión del cuidado. Se enfatiza en examinar las acciones de los enfermeros y enfermeras sobre el cuidado humanizado. Acciones que implican el juicio profesional, planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados oportunos, seguros e integrales (3).

Además, la gestión del cuidado requiere de la interdisciplinariedad entre los profesionales de salud, donde el trabajo en equipo se convierte en un componente inherente al Proceso de Enfermería. Esta gestión involucra una relación dinámica que articula al enfermero y la enfermera con el conocimiento, práctica y la persona que recibe el cuidado. De igual manera, la tecnología se articula en ese dinamismo, lo cual adquiere un papel relevante en la gestión del cuidado. La gestión del cuidado actúa no sólo para mejorar el mismo, sino también para optimizar recursos; sin dejar de lado el componente humano (3).

Se concluye, que la gestión del cuidado asegura la continuidad de la atención y se sustenta del trabajo en equipo. De la misma forma, se resalta que el cuidado es la esencia de los enfermeros y enfermeras (3).

Estos componentes mencionados, motivan el desarrollo del presente trabajo investigativo. Conocer y analizar la percepción de las personas acerca del cuidado humanizado, accionar del personal de Enfermería, además del análisis de cómo y porqué la gestión del cuidado influye en la humanización y las implicaciones que esto puede generar.

3.2. Modalidad investigación: Seminario de graduación.

De acuerdo al Artículo 11 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica, se entiende por Seminario de Graduación una actividad académica. Esta actividad está valorada en cuatro créditos y se ofrece a lo largo de uno, dos o tres ciclos consecutivos. Está conformada por un grupo de estudiantes no menor de tres ni mayor de seis. A través de esta actividad se busca la participación reiterada alrededor de algún problema científico o profesional, para familiarizarse con las teorías y métodos de investigación propios de la disciplina y su aplicación a casos específicos bajo la guía del director del trabajo (60).

El Artículo 12 del mismo reglamento, expone que el Seminario de Graduación culmina en un trabajo escrito llamado Memoria, para cuya redacción y presentación se seguirán los procedimientos establecidos en el capítulo III, así como en el Anexo de los aspectos formales. La Memoria podrá ser individual o colectiva, pero en tal caso se debe distinguir la participación de cada uno de los y las estudiantes. El Seminario de Graduación está compuesto por dos fases: una investigativa y otra reflexiva (60).

3.3. Fase investigativa

3.3.1. Diseño de Investigación

La presente investigación es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se trata en primera instancia de un estudio cuantitativo, debido a que se utilizó un instrumento que genera resultados que son presentados de forma porcentual (61). Además, es descriptivo, por tanto se recolectó información que especifica propiedades, características y rasgos importantes (61). Los estudios descriptivos están dirigidos a determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de las variables que deberán estudiarse en una población. Además, la presencia o ausencia de algo, frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), en quiénes, dónde, y cuándo se está presentando determinado fenómeno (61).

Dentro de los elementos de un estudio de tipo descriptivo, se encuentran características de población, magnitud de problemas (prevalencia, incidencia y proporción), factores asociados al problema, eventos epidemiológicos, sociológicos, educacionales y administrativos (61).

El estudio descriptivo es un primer nivel de investigación. Presenta hechos o fenómenos, pero no los explica, no va enfocado a la comprobación de hipótesis y puede ser transversal, longitudinal, prospectivo y retrospectivo. Además, sugiere asociación de variables como punto de partida y plantea hipótesis que conducen a otras investigaciones (61).

La presente investigación es transversal, ya que se estudiaron las variables simultáneamente, en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. En este, el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos (61).

3.3.2. Población

La población seleccionada correspondió a personas internadas en el Servicio de Hospitalización de un hospital privado en el segundo cuatrimestre del 2020. De acuerdo con los datos suministrados por el centro hospitalario se realiza una división por cuatrimestres de la siguiente manera:

1. I Cuatrimestre: enero, febrero, marzo, abril
2. II Cuatrimestre: mayo, junio, julio, agosto.
3. III Cuatrimestre: septiembre, octubre, noviembre y diciembre

El cuatrimestre seleccionado para llevar a cabo la recolección de datos correspondió al segundo, debido a que no existe diferencia significativa en el promedio de personas atendidas entre los cuatrimestres. Además, la planificación de la recolección de datos coincide con el inicio del segundo cuatrimestre. Para este periodo, se tomó en consideración la población total mensual de los años 2018 y 2019, durante el periodo establecido, debido a que dicha población equivale a 811 personas en 2018 durante el segundo cuatrimestre; y 614 personas en 2019 en el mismo periodo de tiempo. El

promedio mensual entre ambos periodos es de 178.125; y el promedio por cuatrimestre equivale a 712.5 personas.

La cantidad de personas atendidas en el hospital durante los meses de mayo y agosto que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión fue de 794. Es decir, esta es la población total a quien se les envió el correo de participación.

3.3.3. Muestra.

El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico por conveniencia, de tipo censal a las personas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión entre los meses de mayo y agosto del 2020. Es decir, no se utiliza ningún proceso sistematizado de selección.

El censo se define como un intento de enumerar todos los elementos de un grupo y medir una o más características de esos elementos (62). El grupo es a menudo una población nacional real, pero también pueden ser poblaciones pequeñas. Un censo y una encuesta por muestreo tienen muchas características en común, como el uso de un cuestionario para recopilar información, la necesidad de procesar y editar los datos y la susceptibilidad a diversas fuentes de error (62).

Además, Glenn menciona que un estudio censal consiste en utilizar a toda la población como muestra. Aunque las consideraciones de costo hacen que esto sea imposible para poblaciones grandes, un censo también es atractivo para poblaciones pequeñas (63).

En el muestreo no probabilístico los investigadores eligen los elementos por métodos no aleatorios en los que no todos los elementos tienen probabilidad de ser elegidos. Es menos probable que el muestreo no probabilístico genere muestras representativas y aún así, la mayoría de las muestras de investigación en Enfermería y otras disciplinas son muestras no probabilísticas (64).

La muestra utilizada fue de 42 personas, ya que esta representa la cantidad de personas que aceptaron participar en la investigación y enviaron sus respuestas a través

de la plataforma utilizada. Todas las personas cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, y además, fueron atendidas entre los meses de mayo y agosto del 2020.

3.3.4. Criterios de inclusión

Para el presente estudio se determinaron los siguientes criterios de inclusión de personas para la aplicación del instrumento:

- Personas mayores de edad, es decir, mayores de 18 años.
- Personas que se encuentren internados en el hospital privado por más de 24 horas, en el año 2020.

3.3.5. Criterios de exclusión

Tabla 1. Criterios de exclusión.

Criterios de exclusión	Justificación
Personas con medicación que afecte significativamente su estado cognitivo y emocional.	Variados medicamentos que se utilizan en otras áreas de la medicina producen múltiples acciones sobre la actividad psíquica del individuo (65).
Personas con deterioro cognitivo y/o de estado de conciencia con reporte al expediente.	Implica alteraciones en los dominios conductuales y neuropsicológicos como la memoria, orientación, comprensión, juicio, lenguaje, personalidad y conducta (66).
Personas que no hablen español o su español sea limitado, según lo referido por el personal de Enfermería del servicio.	El instrumento "Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE 3 versión" solo ha sido validado en el idioma español (67).

Fuente: Elaboración propia

3.3.6. Estrategias de reclutamiento

La aplicación del instrumento se realizó de manera virtual durante el segundo cuatrimestre del 2020. Dicho instrumento fue enviado por correo electrónico a todas las personas que cumplían con los criterios de inclusión y que estuvieron internadas en los servicios de hospitalización de un hospital privado, de mayo a agosto del año 2020.

3.3.7. Lugar donde se llevó a cabo la investigación

El lugar donde se llevó a cabo la investigación corresponde a un hospital privado en Escazú, San José, durante el tercer trimestre del año 2020.

3.3.8. Sistema de Variables

Tabla 2. Presentación de variables, dimensiones de la variable y formas de medición de las mismas (67).

Variable	Dimensión de la variable	Definición conceptual	Ítems relacionados	Escala de medición
Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado.	Cualidades del hacer de Enfermería	Se refiere a las cualidades y valores que caracterizan al personal de Enfermería que brinda cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera(o)-paciente.	<p>1. Le hacen sentirse como una persona.</p> <p>2. Le tratan con amabilidad. 6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted.</p> <p>7. Le hacen sentirse tranquilo(a), cuando están con usted.</p> <p>8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan.</p> <p>15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado.</p> <p>17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores.</p>	<p>Escala de interpretación propia del instrumento. Con los siguientes rangos se mide la percepción según el instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Siempre 128 – 121. ● Casi siempre 120 – 112. ● Algunas veces 111 – 96. ● Nunca 95 – 32. <p>Los rangos específicos para medir esta dimensión son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Siempre 28 – 27. ● Casi siempre 26 – 25. ● Algunas Veces 24 – 20. ● Nunca 19 – 7.

				Análisis estadístico: Media, moda, mediana, desviación estándar.
Apertura a la comunicación enfermera-paciente	Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera(o) a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el sujeto de cuidado (paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la transmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado.	4. Le miran a los ojos, cuando le hablan 5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes 9. Le facilitan el diálogo 10. Le explican previamente los procedimientos 11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas 12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos 14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud 19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud	4. Le miran a los ojos, cuando le hablan 5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes 9. Le facilitan el diálogo 10. Le explican previamente los procedimientos 11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas 12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos 14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud 19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud	<p>Escala de interpretación propia del instrumento.</p> <p>Con los siguientes rangos se mide mide la percepción según el instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Siempre 128 – 121. ● Casi siempre 120 – 112. ● Algunas veces 111 – 96. ● Nunca 95 – 32 <p>Los siguientes rangos miden esta dimensión en específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Siempre 32 – 30 ● Casi Siempre 29 – 27 ● Algunas Veces 26 – 21 ● Nunca 20 – 8 <p>Análisis estadístico: Media, moda, mediana, desviación estándar.</p>

		<p>Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar, sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.</p>	<p>3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización</p> <p>13. Le dedican el tiempo requerido para su atención</p> <p>16. Le llaman por su nombre</p> <p>18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)</p> <p>20. Le manifiestan que están pendientes de usted</p> <p>21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento</p> <p>22. Responden oportunamente a su llamado</p> <p>23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual</p> <p>24. Le escuchan atentamente</p>	<p>Escala de interpretación propia del instrumento.</p> <p>Con los siguientes rangos se mide la percepción según el instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Siempre 128 – 121. ● Casi siempre 120 – 112. ● Algunas veces 111 – 96. ● Nunca 95 – 32. <p>Con los siguientes rangos se mide esta dimensión en específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Siempre 68 – 65 ● Casi Siempre 64 – 59 ● Algunas Veces 58 – 50 ● Nunca 49 – 17 <p>Análisis estadístico: Media, moda, mediana, desviación estándar.</p>
--	--	--	--	--

			<p>25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo</p> <p>26. Le brindan un cuidado cálido y delicado</p> <p>27. Le ayudan a manejar el dolor físico</p> <p>28. Le demuestran que son responsables con su atención</p> <p>29. Le respetan sus decisiones</p> <p>30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar</p> <p>31. Le respetan su intimidad</p> <p>32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico.</p>	
--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia basado en González (67)

3.3.9. Técnicas de recolección de datos e instrumentos

Para la recolección de datos se usó el instrumento digitalizado PCHE3 (Percepción de los comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería versión 3). Este es un cuestionario con preguntas cerradas, el cual emplea una escala de Likert, con un total de 4 puestos: nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. El puntaje máximo posible es 128 (67).

El instrumento PCHE3, establece categorías donde se agrupan los resultados del cuestionario. A continuación se mencionan (67):

- Siempre se percibe una relación de cuidado humanizado de Enfermería (puntuación de la escala entre 104,1 – 128)
- Casi siempre se percibe el cuidado de Enfermería (puntuación de la escala entre 80,1 – 104)
- Algunas veces se percibe el cuidado de Enfermería (puntuación de la escala entre 56,1 – 80)
- Nunca se percibe el cuidado de Enfermería (puntuación de la escala entre 32 – 56)

Al inicio de la investigación, se solicitó al creador del instrumento el permiso para el uso y la modificación del mismo. Al ser mayo del 2021, no se obtiene respuesta. A pesar de esto, en uno de sus documentos se menciona de manera textual: “Se sugiere a la comunidad en general que aplique este instrumento, como su desarrollo, en ambientes hospitalarios” (67), con el objetivo de conocer la percepción de las personas acerca de los comportamientos de cuidado humanizado, siendo esto beneficioso para la población en estudio (67).

El instrumento presenta tres variables. La primera se refiere a las cualidades del hacer de Enfermería, especificando las cualidades y valores que caracterizan al personal de Enfermería que brinda cuidado (67). La segunda trata sobre la apertura a la

comunicación enfermera o enfermero y persona. Se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado, a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, cambio y conducta, lo cual permite la interacción con el sujeto de cuidado (persona) a través de habilidades comunicativas (67). La última variable es la disposición para la atención, la cual se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto solo de observar (67). De estas tres categorías surgen los 32 ítems que profundizan acerca del fenómeno de humanización en el cuidado.

A su vez, el instrumento es válido y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios, y está disponible para la comunidad científica a nivel nacional e internacional. Además, cuenta con validez dada por expertos, tanto a nivel facial y de contenido, por tener un índice de aceptabilidad del 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98, datos obtenidos a través de la medición de un análisis factorial exploratorio. Finalmente, se determinó que el instrumento PCHE3, es confiable, ya que obtuvo un alfa de Cron Bach de 0,96 (67).

3.3.10. Procedimientos para la recolección y manejo de datos.

Previo al inicio de recolección de datos, se requirió de la autorización de los diferentes entes que regulan los trabajos finales de graduación; dentro de ellos se encuentran: La Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, y de la jefatura del hospital privado.

3.3.10.1. Recolección de los datos

La recolección de datos se realizó mediante el cuestionario PCHE3. Este fue enviado al correo electrónico de cada una de las personas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Al ingresar al cuestionario, se desplegó el consentimiento informado para que este fuese leído por la persona participante y seguidamente, se encontraban las preguntas del cuestionario. La información individual y colectiva es de suma relevancia para el desarrollo de la misma.

La plataforma utilizada para la recolección de los datos se denomina *Microsoft Forms* la cual permitió plasmar los 32 ítems del instrumento en forma de encuesta virtual. Por lo tanto, al ser una encuesta que se realizó de manera digital, fue enviada a cada persona participante de la investigación por correo, por lo que fue contestada de manera sencilla, sin necesidad de utilizar bolígrafo y papel.

Para la tabulación de la encuesta en *Microsoft Forms*, se creó una cuenta de *OneDrive* por parte de los integrantes de la investigación. Esta cuenta permitió crear el formulario, así como poder almacenar los datos. El acceso a esta cuenta fue exclusivo para los participantes del grupo investigativo y las jefaturas del Hospital privado, pues son los únicos que poseían la clave de acceso.

Antes de iniciar con el proceso de recolección de datos, se presentó a las personas el motivo de la encuesta, así como el tiempo aproximado que pudo contemplar realizarla. Posterior a esto, la persona inició la encuesta seleccionando la opción que mejor definió su percepción del cuidado humanizado de manera personal y autoadministrada.

Una vez obtenidos los datos, se realizaron dos reuniones con el director del seminario para realizar una revisión rápida de la información, y así comenzar a redactar los resultados. Posterior a eso, se inició con la tabulación de la información, su graficación y la redacción de los resultados, rescatando los puntos más relevantes.

Se coordinó en todo momento con la directora de Enfermería y los informáticos del hospital privado las diferentes etapas para que de esa manera se logrará digitalizar todo el proceso de forma efectiva.

La codificación de los datos inició con el desarrollo de un cuadro con la información biosociodemográfica de las 42 personas participantes y la distribución de acuerdo a edad y sexo, posterior a eso, se realizó una tabla con las frecuencias relativas y absolutas para una visualización más organizada de los datos.

El siguiente paso consistió en la tabulación de los resultados descriptivos de las tres categorías y la graficación de las mismas. Se realizó un gráfico de barras por

categoría, con un total de tres gráficos. La información obtenida se procesó en las hojas de cálculo de *Microsoft Excel*.

Posterior a este proceso, se inició con la organización del análisis de los resultados. Como grupo, se realizó división de tareas y reuniones virtuales, con el fin de avanzar en esta sección de una forma conjunta y equilibrada. Todas las tareas fueron analizadas por los miembros del equipo investigador pues permitió tener múltiples puntos de vista que enriquecieron el proceso. Se realizaron reuniones virtuales con el director de la tesis y una de las lectoras con el fin de obtener retroalimentación para mejorar tanto contenido como estructura de la investigación.

3.3.10.2. Almacenamiento de los datos

Con la finalidad de almacenar los datos, se creó una cuenta de *OneDrive*, la cual permitió establecer un vínculo entre la resolución de la encuesta y el almacenamiento de los datos de manera inmediata, puesto que cada vez que se complete una encuesta se recibió un informe de las respuestas anónimas brindadas por cada persona participante de la investigación.

Esta información fue almacenada de manera confidencial en una carpeta denominada “Seminario de Graduación” en la cuenta de *OneDrive* del equipo investigativo y se hizo un respaldo de cada informe el cual fue guardado en un dispositivo de almacenamiento, de acceso restringido para personas externas a la investigación.

Esta manera de almacenamiento de datos permitió que la información se encontrara disponible para todos los integrantes del equipo en diversos momentos. Cabe destacar, que fue responsabilidad de cada uno de los investigadores salir de la sesión al finalizar con las actividades relacionadas a la cuenta de *OneDrive*.

Al finalizar la investigación, la información fue eliminada de cada una de las computadoras del equipo de investigativo y quedó bajo la administración del director del Seminario de Graduación. Además, la información es resguardada por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica por un periodo de 5 años.

3.3.10.3. Análisis de los datos

Por la naturaleza del estudio fue necesaria la recolección de datos cuantitativos a través del instrumento, ya que estos guían la forma en que se analizan los mismos. Es decir, la importancia del análisis recae en datos numéricos. Los datos obtenidos se clasificaron en dos tipos: los sociodemográficos, y los propios del instrumento (acerca de su percepción sobre los comportamientos del cuidado humanizado recibido) (67).

Los datos fueron procesados en el programa Microsoft Excel. En cuanto al análisis de los datos, se dividió en diferentes elementos que responden a estadística descriptiva y estadística no paramétrica.

Dentro de la estadística descriptiva se analizaron datos como:

-Distribución de frecuencias: Entendido como un método para organizar y resumir datos, ordenados según el número de veces que se repite un valor. Las 3 dimensiones de la variable se representaron en tablas y gráficos con promedios. En este caso, al ser variables discretas, se utilizó el método de organización de diagrama de frecuencias (68,69).

-Estadígrafos:

- De posición: lugar o posición relativa de un valor de la variable, a la cual tienden la mayoría de los datos. Se analizó mediana, moda y promedio aritmético (68,69).

3.4. Fase reflexiva

En esta fase, se explicarán de forma amplia todos los pasos que se siguieron a lo largo de la investigación con el fin poder realizar una reflexión. Se detallará, primeramente, la preparación del proceso investigativo, proceso de recolección de datos y el proceso de socialización de resultados por medio de sesiones.

3.4.1. Preparación del proceso investigativo

Inicialmente, la temática resultó de interés por parte del hospital y segundo, por parte del grupo investigador. Los diferentes espacios de rotaciones por los servicios de los hospitales y clínicas, abrieron un espacio de reflexión para el cuerpo investigador, ya que, presentan evidencia de los distintos problemas a nivel institucional sobre el cuidado humanizado. Es decir, a través de la observación de escenarios, actitudes, comportamientos, entre otros factores, dentro de los ambientes clínicos, surgió parte del interés por estudiar la temática.

Además, el hospital con el que se trabaja, inició conversaciones con el director del trabajo final de graduación, con el fin de brindar el espacio para plantear y aplicar la investigación. Dicha oportunidad, permitió que se materializará el interés por conocer el comportamiento del cuidado humanizado en dicho hospital. Lo anterior responde, también, a un interés institucional por mejorar la calidad del servicio que se brinda en el mismo, como parte del compromiso de mejora constante y crecimiento profesional y disciplinar.

El grupo investigador (estudiantes y director) inició la investigación constante de literatura y evidencia sobre la temática, y es así como el director del Seminario de Graduación, propuso el uso del instrumento PCHE versión 3, para la confección y planteamiento de la investigación. Este instrumento respondía a las necesidades del trabajo, y a su vez, servía como guía para el desarrollo del mismo.

A partir del instrumento ya mencionado, se planteó un problema, objetivos investigativos y metodología de trabajo, para de esta manera presentar la idea a la entidad y generar negociaciones para el desarrollo del mismo. Primeramente, se piensa

en trabajar la investigación como una metodología mixta, pero más adelante, tras conversaciones con el hospital y las personas miembros del Comité de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Enfermería, se concluye que los objetivos investigativos responden a metodología cuantitativa.

En concordancia con lo anterior, este proceso de preparación, permitió a su vez, reflexionar sobre las necesidades de conocer el contexto en que se genera la investigación en comparación con otras ya realizadas, ya fuese en el país o a nivel internacional.

Esta investigación parte del insumo de que luego de una búsqueda exhaustiva de información, se concluye que en el país hay un vacío en la temática, y que las investigaciones realizadas no son necesariamente disciplinares, ni guiadas por teorías propias de Enfermería. Entonces, debido a lo anterior, deben contemplarse todas las posibilidades para que la investigación se lleve a cabo y se puedan obtener en primera instancia datos nuevos para el país y para la disciplina, y segundo, para el grupo investigador como tal. Este trabajo representaría así, una fuente confiable de datos empíricos que permitan un análisis reflexivo del comportamiento del cuidado humanizado de Enfermería en un ambiente hospitalario privado en Costa Rica.

Estos datos serán la puerta de entrada para que la disciplina conozca la situación actual en la temática, y además, presentará los caminos a seguir para mejorar o mantener los compartimentos de los enfermeros y enfermeras en el contexto del cuidado humanizado como su función primordial, como gestores del mismo.

Con la información encontrada, se realizó la construcción de un marco referencial, con la incorporación de un marco empírico (antecedentes), marco teórico, marco conceptual y marco legal, donde todos estos forman el cuerpo que sirve de análisis y reflexión. Se decidió utilizar la Teoría y Filosofía del Cuidado Humano de Jean Watson, ya que a partir de esta se construyó el instrumento utilizado. Además, esta funge como referencia disciplinar de alto rango y confiabilidad para la reflexión del contexto del cuidado humanizado.

Luego de la construcción del marco referencial, se propuso el uso de un muestreo censal bajo una investigación cuantitativa descriptiva, que permitió el procesamiento y análisis de datos a partir de la estadística descriptiva. Además, el análisis de resultados y la discusión de la investigación se procesó con base a las tres categorías del instrumento, ya que cada una de estas permite analizar elementos muy propios de la teoría y del cuidado humano per se. Es decir, el proceso reflexivo se basó en la descripción gráfica y filosófica de los datos obtenidos a lo largo del proceso, así como los distintos momentos de reflexión generados por la búsqueda de información y cambios generados.

Finalmente, una vez preparado el anteproyecto, se presentó ante el Comité de Ética Científico, el Comité de Trabajos Finales de Graduación y el hospital privado, y al ser aceptado por todos, se iniciaron oficialmente las siguientes etapas de la investigación, siendo la construcción del instrumento virtual y las negociaciones para los métodos de difusión del mismo, el punto que mayor coordinación entre el grupo investigador y las autoridades del hospital; bajo el contexto de la pandemia. Lo anterior, permitió la recolección de datos y la continuidad de la investigación.

3.4.2. Proceso de recolección y análisis de información para la reflexión.

Como se mencionó anteriormente, durante el proceso de recolección de datos se logró generar un espacio de reflexión que permitió al equipo investigador analizar la información desde distintas perspectivas y con ello, se mejoró el proceso de análisis de la información obtenida. Además, permitió conocer el trabajo de los enfermeros y las enfermeras, y de esta forma contrastarlo con la percepción de las personas usuarias.

3.4.3. Análisis de datos.

Al terminar la codificación de datos, se inició con la organización y análisis de los mismos. Se realizó una reunión con el director del seminario, con el objetivo de guiar la forma en que se debe redactar cada sección. En el análisis se destacaron los puntos más importantes en cada uno de los gráficos, desde los aspectos más positivos, como los negativos u oportunidades de mejora.

3.4.4. Reflexión desde lo disciplinar.

Durante esta etapa se utilizaron los datos obtenidos, el análisis realizado y la discusión generada a partir de los mismos para reflexionar desde lo disciplinar. Es en esta etapa donde se enlazan todas las etapas de la investigación con un análisis teórico sobre el cuidado humanizado. Esta sección permitió presentar las percepciones experimentadas por las personas acerca del cuidado humanizado analizado desde la teoría del Cuidado Humano.

La reflexión dio a conocer las experiencias de la investigación, así como la triangulación de los datos con los distintos momentos de la misma.

3.5. Consideraciones éticas de la investigación.

Por su naturaleza, la investigación se rigió con el cumplimiento de principios fundamentales que respetan la dignidad de la persona. Se tomaron en consideración los aspectos éticos de la Ley 9234: Ley Reguladora de la Investigación Biomédica; así como los aspectos del Reglamento de la Investigación de la Universidad de Costa Rica.

3.5.1 Principios éticos de investigación.

La presente investigación parte de las disposiciones ético-legales que rigen todo proceso de interacción con seres humanos a nivel nacional e internacional. Los principios que se tomaron en consideración corresponden a los presentados por Ezequiel Emanuel (70) ya que se busca que la misma sirva a la sociedad. dichos principios se enlistan a continuación:

3.5.1.1 Investigación colaborativa.

Este principio busca la coordinación de un equipo conjunto que pueda trabajar coordinadamente con la comunidad (entorno) (70). Es decir, el espacio en el que se da la investigación debe favorecer y participar el esfuerzo que representa realizar la investigación. Se eximio de responsabilidades a la comunidad participante, y se realizó

con un fin únicamente investigativo con fines de mejora; es decir, se buscó no explotar información, sino utilizarla de la forma más coordinada y responsablemente (70).

3.5.1.2 Valor social.

Este principio se refiere directamente a la responsabilidad como grupo investigador de usar de forma responsable los recursos, ya que estos pueden ser limitados (70). Es decir, no se buscó explotar recursos que no generaban resultados valiosos. Además, con esta investigación se especificaron explícitamente los beneficios obtenidos de la misma y el impacto que tiene sobre el manejo de la salud de las personas desde el punto de vista disciplinar y de las personas atendidas.

La colaboración entre el grupo investigador y las personas participantes permitió una coordinación de recursos, los cuales ayudaron a generar datos que impactaron directamente con los resultados de la investigación y así, la atención y los beneficios obtenidos por toda la comunidad (enfermeros y enfermeras, personas, grupo investigador y toda persona involucrada) (70).

3.5.1.3 Validez científica.

La existencia de este principio en la presente investigación se basó en la validez de la metodología de investigación y en la capacidad para poder realizar la propuesta descrita (70). Es decir, se conoce el objetivo investigativo y la forma en cómo se puede llevar a cabo la investigación con el fin de generar los resultados necesarios para obtener información empírica validada, que responda a dicho objetivo investigativo. Además, cuenta con todas las regulaciones necesarias y la aprobación de los entes necesarios para su validez como investigación. Finalmente, se da garantía a los participantes sobre los derechos que tienen al participar en la investigación (70).

3.5.1.4 Selección equitativa del sujeto.

Para cumplir con este principio se siguió un proceso de selección que cumple con los requisitos necesarios (70). Primeramente, se dió la identificación y selección basados en el entorno necesario para la investigación y son personas que cumplían con los criterios de inclusión necesarios para la validez de la investigación; es decir, los participantes son personas que forman parte de la población en estudio que generan las preguntas de investigación (70).

Seguido, se dió la oportunidad completa a todas las personas que cumplían con los requisitos para que participen en la investigación, sin discriminación alguna, a excepción de aquellas que no cumplían con los criterios de inclusión y que fueron excluidas porque no corresponden a la población generada tras las preguntas de investigación (70).

Tercero, la población seleccionada formó parte del entorno hospitalario, por lo que obtenía servicios en el mismo. Es decir, los resultados de la investigación impactarán directamente el servicio que se brinda en dicho hospital y por ende, afecta la atención que se brinda tras los cambios que se puedan generar a partir de la misma (70).

Finalmente, no se determinó riesgo para las personas participantes, por lo que se ha reducido al mínimo la razón de riesgo-beneficio apropiada.

3.5.1.5 Evaluación independiente.

No existía conflicto de intereses con la realización de la investigación. Además, se siguieron todas las leyes y normas tanto a nivel jurídico como ético, para la protección de las personas participantes, la información obtenida y el seguimiento de la investigación como tal (70).

3.5.1.6 Consentimiento informado.

Se aseguró a los individuos su respeto por participar. Es decir, los mismos tenían derecho a elegir ser parte o no de acuerdo a sus valores, intereses y preferencias (70).

El consentimiento les mostraba la finalidad, riesgos, beneficios y se buscaba la completa comprensión por parte de la persona participante de esta información; así como ayuda a la toma de una decisión libre. Por lo anterior, a través del consentimiento informado, se respetó a la persona, se dio valor a su capacidad de decisión y permitió generar un vínculo entre los participantes y el equipo investigador (70).

3.5.1.7 Respeto a los sujetos inscritos.

Se buscó el trato con respeto de todas las personas involucradas en la investigación en todo momento del desarrollo de la misma y después de ella (70). Incluso, se respetó la decisión de no participar en la investigación aun cuando fue invitada a hacerlo. El respeto se materializó en esta investigación desde el momento en que se respetan las individualidades de la población de estudio, se presentó la posibilidad de pertenecer al estudio, se invitó y se les brindó el consentimiento informado, así como se manejó con confidencialidad la información y se protegió la misma. Todo accionar del grupo investigador se refleja en las acciones presentadas en el consentimiento informado (70).

3.5.2 Normativa de la investigación.

El Colegio de Enfermeras es explícito al mencionar que Enfermería tiene el deber de investigar y potenciar esta habilidad para el crecimiento de la disciplina. Así se menciona textualmente: “Las personas profesionales en Enfermería deben investigar sistemáticamente en el campo de su actividad profesional, con el fin de mejorar la atención de Enfermería, desechar prácticas no apropiadas y ampliar los conocimientos sobre los que se basa el ejercicio profesional” (18).

De la misma manera, el Colegio de Enfermeras es claro y conciso acerca de las obligaciones que se deben cumplir antes, durante y después del proceso investigativo con seres humanos. El Colegio es explícito al decir que ellos velarán por la aplicación de los derechos y garantías reconocidas a los sujetos de investigación, en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos aplicables en Costa Rica, la Constitución

Política, la Ley General de Salud y en las pautas y declaraciones internacionales sobre ética en investigaciones con seres humanos (18).

Finalmente, cabe destacar el artículo 4, este menciona todas las normas, reglamentos y leyes a nivel nacional sobre el actuar de enfermería y los derechos humanos en Costa Rica (18).

3.6. Consentimiento Informado.

El consentimiento informado contaba con la aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica y del Hospital privado.

Dicho consentimiento informado fue enviado por correo electrónico a forma de enlace, después de confirmar que las personas cumplían con los criterios de inclusión del estudio. Lo anterior fue realizado por los informáticos del Hospital privado.

El consentimiento informado fue desplegado inmediatamente al hacer click al enlace enviado y la persona tuvo la posibilidad de acceder por medio de otro enlace a un PDF con el consentimiento informado firmado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica.

Al ser el instrumento aplicado de forma virtual, los consentimientos informados fueron anexados en conjunto con la información obtenida de la resolución del instrumento. Por esto, la forma de aceptar y consentir participar en el estudio fue mediante un click a una opción que se desplegaba posterior a la lectura del consentimiento, la cual mencionaba:

“He leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmar. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.”

Seguidamente se desplegaban dos opciones a seleccionar: *estoy de acuerdo con participar* y *no estoy de acuerdo con participar*. La primera opción fue interpretada como la firma, consentimiento y aceptación de términos para participar en la investigación. En caso de no marcar dicha casilla, se agradeció a la persona por su tiempo y finalizó el cuestionario.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4. Resultados.

En el siguiente apartado se presentan los resultados de la investigación con una muestra total de 42 personas, quienes estuvieron internadas en un hospital privado. Se presentan los datos descriptivos, iniciando con datos sociodemográficos, seguido de las categorías: cualidades del hacer de Enfermería, apertura a la comunicación enfermero-paciente, disposición para la atención y el componente reflexivo de la investigación.

4.1. Resultados descriptivos.

4.1.1. Grupos de edad y sexo.

En la tabla 3 se presentan los datos sociodemográficos. A partir de esto, se determina que aproximadamente el 70% de la población participante corresponde a población adulta joven y a su vez, el 100% de la población se categoriza como adultos, ya que no participaron personas adultas mayores.

Tabla 3. Distribución de las personas según grupos de edad. (n=42)

Grupos de edad	f	%
25-29	7	16,67
30-34	15	35,71
35-39	8	19,05
40-44	1	2,38
45-49	2	4,76
50-54	3	7,14
55-59	3	7,14
60-64	2	4,76
Datos perdidos	1	2,38
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

Con respecto al sexo, se determina que aproximadamente por cada tres mujeres participantes se contó con la participación de un hombre.

Tabla 4. Distribución de personas según sexo. (n=42)

Sexo	f	%
Hombre	10	23,80
Mujer	32	76,19
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

4.1.2. Según escala de medición.

De acuerdo a la escala de medición del instrumento PCHE versión 3, se enlistan los resultados según la puntuación de cada categoría en concordancia con su escala recomendada para la interpretación de datos. En la tabla 5 se encuentra cada categoría con su puntuación respectiva, su rango de medición y la clasificación de la misma.

Como se observa en dicha tabla, todas las categorías se clasificaron como “casi siempre” debido a que las puntuaciones promediadas no alcanzan la puntuación mínima para la clasificación “siempre”. En todas las categorías más del 54% de la puntuación seleccionada correspondía a “siempre”; sin embargo, ninguna categoría se clasifica con dicha medición ya que el resto del porcentaje se distribuye en el resto de mediciones. La categoría uno es la más cercana en puntuación a ser categorizada como “siempre” debido a que se aleja de la misma por 1.76 en comparación a la segunda y tercera, que se alejan por 2 y 5.17, respectivamente.

En cuanto a la moda de las mediciones elegidas, “siempre” sobresale en la categoría dos con más del 65%, mientras que la opción “nunca” sobresale en la tercera

categoría con más del 19%, por lo que se considera la categoría más afectada en cuanto a cuidado humanizado. Cabe destacar que dichos porcentajes se analizan con profundidad en las siguientes secciones.

En general, de acuerdo a las personas participantes, el cuidado humanizado se ha percibido “casi siempre”. Lo anterior se traduce en la recurrencia de comportamientos humanizados en la mayoría de los casos; sin embargo, se aleja de la puntuación “siempre” y se acerca mucho a “algunas veces”, lo cual si se analiza individualmente cambia, y se permite observar que la disposición para la atención es el principal enfoque a mejorar. En pocas palabras, el cuidado humanizado fue percibido como excelente por el 59.52% de las personas.

Tabla 5. Clasificación de las categorías según su escala de medición.

Categoría	Puntuación	Rangos de medición	Clasificación según medición
Cualidades del hacer de Enfermería	25.24	Siempre: 28-27 Casi siempre: 26-25 Algunas veces: 24-20 Nunca: 19-7	Casi siempre
Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente.	28	Siempre: 32-30 Casi siempre: 29-27 Algunas veces: 26-21 Nunca: 20-8	Casi siempre
Disposición para la atención.	59.83	Siempre: 68-65 Casi siempre: 64-59 Algunas veces: 58-50 Nunca: 49-17	Casi siempre
Total	113.07	Siempre: 128-121 Casi siempre: 120-112 Algunas veces: 111-96 Nunca: 95-32	Casi siempre

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

4.1.3. Categoría 1: Cualidades del hacer de Enfermería.

En el gráfico 1 se evidencia que en la totalidad de los ítems “siempre” sobrepasa el 60%, siendo aquellos vinculados con un trato relacionado con valores los que mayor porcentaje obtuvieron; sin embargo, los ítems relacionados con interacción y comunicación a la hora de brindar cuidado, fueron los que obtuvieron los porcentajes inferiores en “siempre”. Por el contrario, en la opción “nunca”, los ítems con mayor porcentaje son los que tienen que ver con la confianza, tono de voz al momento de explicar los cuidados y la tranquilidad que le hacen sentir cuando se le acompaña. En el caso de los ítems relacionados con amabilidad, respeto por creencias y valores y en hacerle sentir como persona, se evidencia que todas las personas lo han percibido al menos una vez, ya que el resultado “nunca” no fue utilizado.

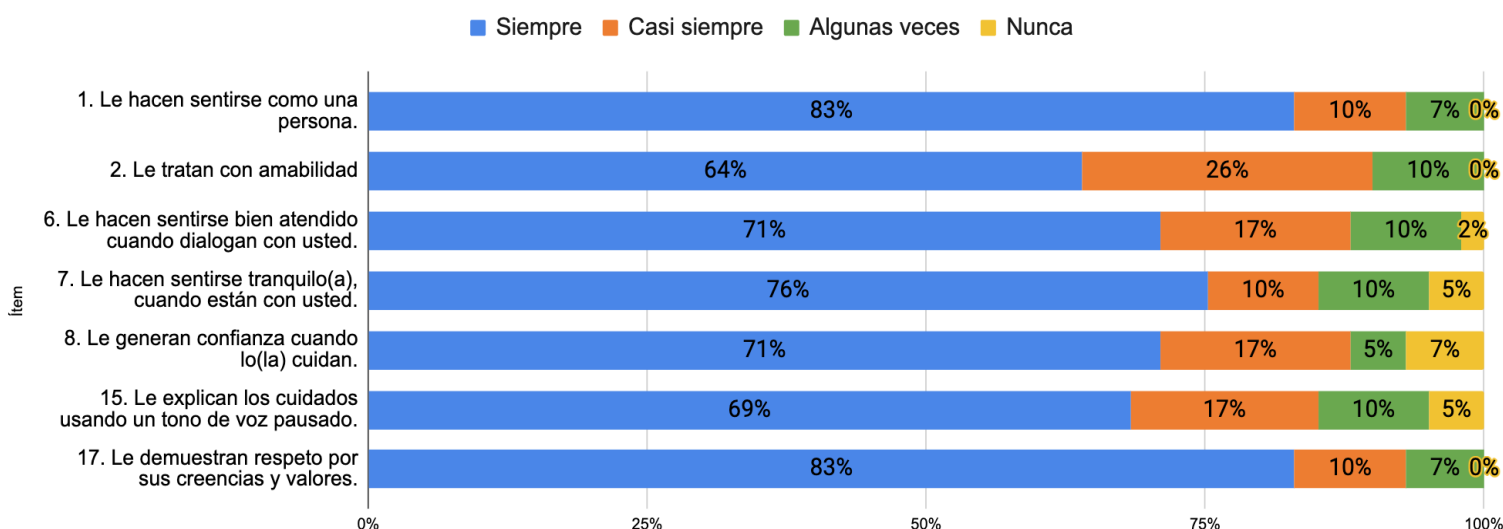


Gráfico 1. Percepción sobre la categoría 1: Cualidades del hacer de Enfermería.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

4.1.4. Categoría 2: Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente.

El gráfico 2 expone que la opción “siempre” se encuentra por encima del 60% en todos los ítems; el diálogo y dedicación de tiempo para aclarar inquietudes recibieron el menor puntaje en dicha opción. De igual forma, tres ítems relacionados con información suficiente y oportuna para la toma de decisiones, el dar indicaciones, respuestas claras y seguras ante preguntas obtuvieron el mayor puntaje en dicha opción, sin embargo, el ítem dar indicaciones sobre la atención cuando su salud lo requiere, podría mejorarse. Por otra parte, respecto al ítem identificarse según su cargo y brindar el nombre antes de realizar un procedimiento es el que obtuvo peor puntaje.

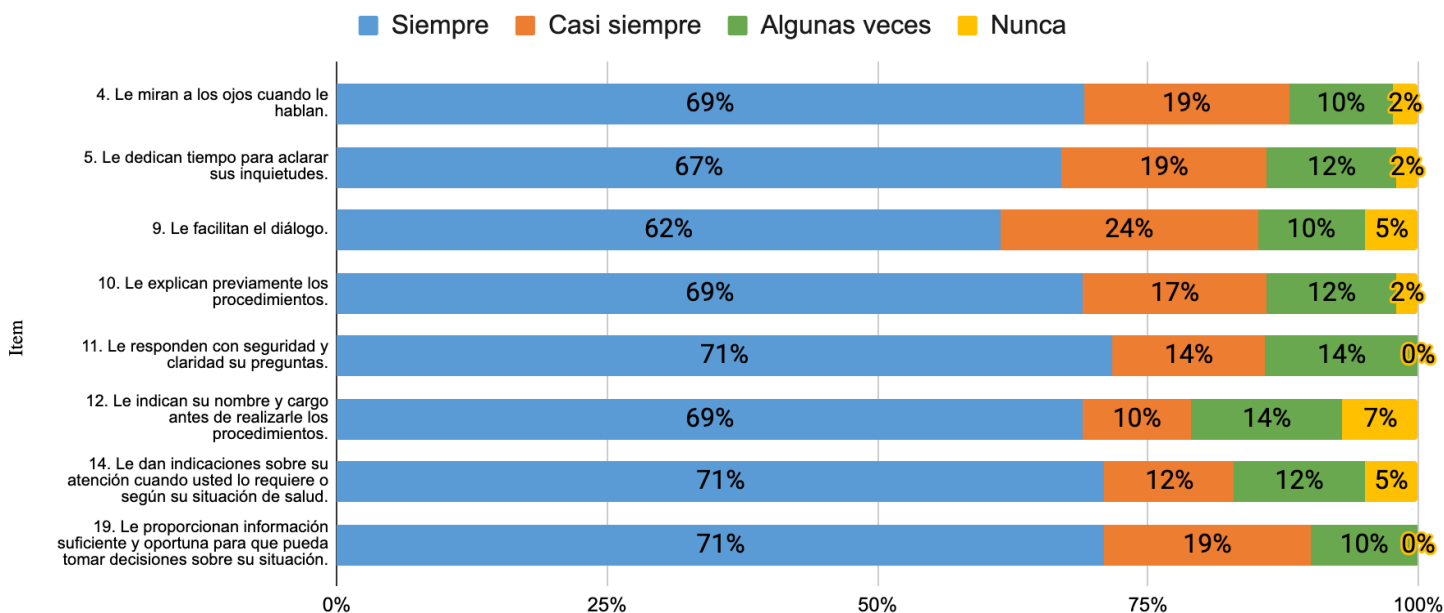


Gráfico 2. Percepción sobre Categoría 2: Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

4.1.5. Categoría 3: Disposición para la atención.

En la tabla 6, el ítem mejor valorado fue el respeto a la intimidad, ya que obtuvo el mayor porcentaje en la opción “siempre”. Aunado a ello, el respeto a la independencia y la apertura al llamado del paciente, le siguen al anterior ítem con el mayor número de respuestas afirmativas. Al contrario, la respuesta oportuna a la llamada del paciente y la preocupación por su estado de ánimo, son los ítems que obtuvieron una percepción menos favorable en esta escala.

Los ítems: llamar al paciente por su nombre, preguntar por su estado de ánimo y la identificación de sus necesidades, fueron los peor evaluados, mientras que el interés por brindar comodidad, la escucha atenta y el respeto por la intimidad presentan un porcentaje de 0% en la percepción de “nunca”, lo cual permite inferir que son los menos deficientes.

Tabla 6. Percepción sobre Categoría 3: Disposición para la atención.

Ítem	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
3. ¿Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización ?	64%	19%	17%	0%
13. ¿Le dedican el tiempo requerido para su atención?	67%	17%	14%	2%
16. Le llaman por su nombre.	64%	19%	7%	10%
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal).	69%	19%	10%	2%
20. Le manifiestan que están pendientes de usted.	64%	17%	12%	7%
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento.	76%	10%	10%	5%
22. Responden oportunamente a su llamado.	52%	29%	14%	5%
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual.	71%	10%	10%	10%
24. Le escuchan atentamente.	67%	24%	10%	0%
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.	62%	10%	12%	17%
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado.	67%	19%	12%	2%
27. Le ayudan a manejar el dolor físico.	69%	19%	10%	2%
28. Le demuestran que son responsables con su atención.	74%	14%	10%	2%
29. Le respetan sus decisiones.	79%	10%	7%	5%
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar.	83%	10%	5%	2%
31. Le respetan su intimidad.	90%	10%	0%	0%
32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico.	79%	12%	7%	2%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectado

4.2. Fase Reflexiva.

En este apartado se explica la metodología utilizada para informar los resultados obtenidos a las jefaturas del hospital privado y los enfermeros y enfermeras que laboran en el mismo. Para lograr lo anterior, primeramente, se realizó una reunión virtual por medio de la plataforma Zoom con las jefaturas del hospital, el día jueves 4 de febrero del 2021, a las 11:00 am, la cual tuvo una duración de 30 minutos.

En dicha reunión, se compartió pantalla y se proyectó una presentación que incluía los resultados. Los mismos, fueron expuestos a las jefaturas y se indicaron aspectos positivos y oportunidades de mejora identificadas. Seguidamente, se abrió un espacio de discusión y reflexión, donde las jefaturas expusieron que los resultados obtenidos eran esperables y congruentes con lo que obtienen regularmente en las encuestas de calidad que realiza el hospital de forma periódica.

Posteriormente, se procedió a definir los horarios y fechas de sesiones reflexivas con el personal de Enfermería del hospital. Se decidió que las sesiones serían realizadas tres días distintos, donde cada día se reflexionaría acerca de una categoría de la investigación. Además, se coordinó con el enfermero educador del hospital, quien hizo llegar diversas infografías y las invitaciones de la plataforma Zoom para acceder a dichas sesiones.

Las mismas fueron realizadas los días, viernes 19 de febrero, viernes 26 de febrero y viernes 5 de marzo del 2021. Respectivamente, las temáticas fueron: cualidades del hacer de Enfermería, apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente y disposición para la atención. En estos espacios de reflexión, se inició brindando la devolución de los resultados según la temática del día, seguido de diversas actividades definidas previamente en matrices que tenían como objetivo realizar múltiples procesos reflexivos con los enfermeros y enfermeras.

De estas reflexiones se obtuvo información relevante, que se expone según cada categoría, a continuación:

4.2.1. Cualidades del hacer de Enfermería.

- El tono de voz al hablar, permite la capacidad de generar tranquilidad en la interacción, y se liga con la confianza, para poder tener una relación interpersonal. Además, el factor del tiempo es el principal problema para estos elementos mencionados, ya que se vuelve el principal limitante de la interacción.
- El cuidado humano puede verse afectado por el entorno. Es decir, el estar atento, explicar procedimientos, generar confianza, y demás, se desconecta del cuidado y se da únicamente cuando hay tiempo para ello y se dimensiona como “un chineo extra”. Por lo tanto, se describe como “bonus” del cuidado.
- La escucha es un factor primordial en la búsqueda de una transacción interpersonal.
- La percepción de las personas varía según su creencia de cuidado, pues para muchas personas la labor de un enfermero o una enfermera es meramente asistencial, y tras el cumplimiento de dichos objetivos procedimentales, puede percibir que el cuidado fue completamente eficaz. Es decir, que no todas las personas requerirían de interacciones profundas.
- Cada mínimo detalle que una persona comparte, lo hace en un ambiente de confianza y estos son parte de la construcción de esa percepción y del cuidado que se brinda, pues para la persona, estos tienen un sentido de importancia individual. Además, ese contexto influye en la recuperación de una persona ya que depende de su personalidad.
- El contexto privado y el contexto público difieren en varios aspectos, pero primordialmente en la expectativa construida por la persona antes de la atención, ya que esta deriva de un servicio “comprado”. Es decir, hay un interés económico de por medio. Sin embargo, al tratarse de seres humanos, no hay justificante alguno que excuse un caso de deshumanización.
- El factor económico influye en la percepción que las personas tienen de los enfermeros y las enfermeras, pues consideran que estos y estas son profesionales asistenciales únicamente.

- La categorización de las personas y las reducciones de jornadas a nivel hospitalaria influye en las cargas laborales, pues limita el tiempo y permite únicamente la distribución del mismo para acciones meramente administrativas y asistenciales.
- La amabilidad, inclusión y respeto como primordiales cualidades de los enfermeros y las enfermeras.
- La distribución poblacional a nivel social (en este caso a nivel de Caja Costarricense de Seguro Social) tiene un enfoque distinto, pues la cantidad de personas atendidas es muy elevada en comparación al sector privado, y por ende, los recursos gubernamentales pueden enfocarse en programas, capacitaciones, entre otros. Es decir, a nivel privado no existe una responsabilidad colectiva, sino individual.
- La relación construida debe ser persona a persona y no paciente a enfermero o enfermera.
- La tranquilidad deriva de la confianza en sí mismo, pues la capacidad de transmitir y generar confianza en otros nace de la autoconfianza.
- La seguridad es un factor determinante de las cualidades de las personas, y esta solo se logra a través de la confianza.
- Para las personas muchas veces su percepción se basa más en el lenguaje no verbal, que en el verbal, ya que según los enfermeros y las enfermeras, observar conductas, gestos o comportamientos, cala más que el escuchar palabras.
- La presentación personal juega un papel primordial en la generación de confianza y seguridad.
- La experiencia de campo brinda herramientas a los enfermeros y las enfermeras para generar mejores relaciones basadas en seguridad al actuar.
- El “trato” humanizado es bidireccional.

4.2.2. Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente.

- A los enfermeros y enfermeras se les da una capacitación sobre los derechos y deberes del paciente, al iniciar las labores en el hospital, donde el paciente tiene derecho a saber quién lo está atendiendo, y además una pizarra educativa, que es el plan de cuidados, donde al inicio de turno la enfermera debe colocar el nombre en esa pizarra.
- La presentación en el primer acercamiento con las personas es algo que sigue fallando y que debe mejorarse.
- Los factores que intervienen en los resultados de esta categoría, puede ser el personal nuevo le cuesta establecer una relación de confianza, la disminución del personal por la situación actual COVID-19.
- La sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo son situaciones que afectan el proceso de comunicación.
- En el servicio de preanestesia, al recibir un paciente y presentarse con él o ella, se convierte en uno de los factores más importantes, que se ve reflejado durante la recuperación.
- La comunicación no es compleja, pero sí enmarca otros factores que son necesarios para que sea efectiva la comunicación.
- El mensaje debe ser claro y que el receptor escuche de forma activa.
- Presentarse siempre, mirar a los ojos a los usuarios, la escucha activa y demostrar interés en la persona son fundamentales para mejorar la relación con las personas.

4.2.3. Disposición para la atención.

- Se resalta la importancia de cuidar a la persona hospitalizada y su familia, desde una visión integral y humanizada.
- Colocarse en los zapatos de la persona hospitalizada, tomando en cuenta su estado de salud, sufrimiento e impotencia que puede sentir.
- La persona hospitalizada debe ser tratada con humanidad, considerando los problemas personales de la misma.
- Se destaca la importancia de ser tratado con amor, compasión y amar al prójimo como uno cuida de uno mismo.

- Se debe velar por proteger y promover la salud de las personas, además de lo espiritual. Es un tema de derechos de la persona y deberes de los enfermeros y enfermeras.
- Se destaca la importancia del trabajo en equipo.
- Las personas que participaron en esta sesión se mostraron muy agradecidas y satisfechas con el espacio brindado y la investigación. Incluso se menciona que el trabajo realizado es de calidad internacional, debido a su nivel de profesionalismo.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5. Análisis de resultados.

En el presente apartado se analizan los datos descriptivos, se inicia con las cualidades del hacer de Enfermería, seguido de la apertura de la comunicación Enfermero(a)-paciente y se finaliza con la categoría de disposición para la atención y sus aspectos más destacables. Posteriormente, se presenta el componente reflexivo de la investigación.

5.1. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado.

Watson determina que hay muchos factores que pueden influir en el cuidado humanizado. Dichos factores determinan cómo se lleva a cabo la interacción terapéutica entre la persona y el enfermero o enfermera. La demanda laboral, dotación del personal, ambiente e infraestructura del lugar del trabajo, así como el profesionalismo, trato y sensibilidad de la persona influyen directamente sobre la formación de una interacción de cuidado humanizado de Enfermería (9).

En esta investigación, el 59.52% de la población representa el porcentaje de personas que percibieron el cuidado humanizado como agradable, excelente y de alta calidad, es decir, como “siempre”. Además, se reflejan resultados muy similares a otros documentos que medían el cuidado humanizado, así como la satisfacción de las personas con los cuidados brindados por enfermeros y enfermeras (4,14,23,72–76).

El estudio de Vázquez y Alcántara (76), determina que el cuidado humanizado fue percibido solamente por el 55% de la población, en contraste con los resultados obtenidos por Bautista et al (23) quienes obtuvieron una percepción por parte del 72% de las personas hospitalizadas como “siempre”. Además, la percepción varía aún más cuando se compara con la satisfacción estudiada por López (73), quien obtuvo resultados mucho más altos, pues en su investigación del 2016, se obtiene un 83.3% de personas satisfechas con el cuidado humanizado brindado.

Aunado a lo anterior, los resultados obtenidos en esta investigación difieren con los obtenidos por Gonzales (72), pues en su estudio, la satisfacción sobre el cuidado humanizado es mucho más baja, ya que alcanza apenas el 30%. Ahora bien, con

estudios en los que se utilizó el mismo instrumento (PCHE3), los porcentajes obtenidos son muy similares y difieren en gran medida de los resultados de Gonzales (72), pues Guerrero (14), obtuvo una percepción del “siempre” en el 52% de la población. Ambos documentos son similares a los resultados obtenidos por Ganoza (77) en cuanto a satisfacción se refiere, ya que este último obtuvo un 48% de la población con respecto a la atención de Enfermería.

Para continuar, se compara con un trabajo realizado con una población con características específicas (VIH positivos), en donde sobresale el apoyo emocional brindado a dichas personas. La población percibe la humanización del cuidado en gran medida y se destaca al 61% (75), lo cual arroja resultados muy similares a los descritos en esta investigación. El apoyo emocional se caracteriza por ser un ítem muy bien percibido, pues el 75% de las personas consideran que se les brindó adecuadamente y en forma humanizada.

Además, para Romero et al (78), la variable en estudio arrojó datos muy parecidos a los encontrados en este documento, y destacan las atención de necesidades básicas como las primordiales. El 55.4% calificaron el cuidado humanizado como “excelente” (“siempre”), porcentaje que se acerca mucho al obtenido en el hospital privado en el que se realizó el presente trabajo. Ahora bien, en cuanto al cumplimiento de acciones para satisfacer necesidades se destacan comportamientos por parte de los enfermeros y las enfermeras basados en las respuestas humanas y de alta calidad, ya que en este estudio más del 88% de las personas lo destacan como un ítem sobresaliente, lo que también ocurre en el estudio de Romero (78).

Los ítems específicos y más característicos de cada categoría se analizan con profundidad en los siguientes segmentos, con el fin de generar un enlace con los estudios similares realizados y brindar detalles acerca de los comportamientos, actitudes y cualidades del cuidado humanizado.

5.1.1. Cualidades del hacer de Enfermería.

El cuidado de Enfermería está determinado por múltiples interacciones intersubjetivas y objetivas que se desarrollan tras el acercamiento entre las personas (5). Los enfermeros y las enfermeras en conjunto con las personas, crean un momento de cuidado basado en cualidades específicas que establecen los enfoques del mismo y de la experiencia humana. La interacción brinda el camino para generar un enlace basado en la confianza recíproca que permite darle validez a la existencia de la persona y brindar el acompañamiento necesario para que la misma sea capaz de desenvolverse con autonomía (1).

Lo anterior, se evidencia en los resultados obtenidos durante la primera etapa de la investigación donde los mismos muestran que las personas con quienes se interactúa tienen expectativas altas sobre el cuidado que se brinda y la percepción del cuidado depende de la confianza que se genera entre los enfermeros o enfermeras y ellas. Estudios similares revelan que en esta categoría, dicha percepción se asemeja a los datos obtenidos en el presente documento (21).

Aunado a lo anterior, la clasificación de la categoría en cuanto a la escala de medición permite entender cómo la percepción de las personas varía de forma constante. Los elementos medibles en esta categoría son el conocimiento científico y principios bioéticos, además de habilidades y destreza que ofrece seguridad y confianza al paciente; de modo que, son elementos que durante la interacción terapéutica brindan sensaciones de bienestar y seguridad, lo cual se traduce en un vínculo respetuoso en la relación enfermero o enfermero y persona. De acuerdo a los resultados, la puntuación de “siempre” se repitió un 74.15% en los ítems, lo que permite identificar la categoría como la mejor puntuada y, por ende, se puede entender que se llevan a comportamientos enfocados en el ser, pues la categoría se enfoca en las cualidades necesarias.

Además, se debe analizar la forma en que se crea la interacción, pues ninguna puede llevarse a cabo sin una visión clara y específica del cuidado, ya que el enfermero o la enfermera debe tener la capacidad de comprender el proceso sociohistórico de la persona para brindarle los insumos necesarios para su crecimiento personal y la

búsqueda del bienestar (1,2). Como se determina en los resultados de la investigación, las personas perciben que la interacción depende de la comunicación que se da, y esta puede verse afectada ante distintos estímulos. Es decir, basada en la reciprocidad, confianza y compromiso afectivo que abarca una perspectiva mutua para la interpretación de los sentimientos cuando ambas personas son conscientes y se respeta su individualidad (1,2).

Los aspectos mencionados anteriormente, son encontrados como primordiales en varios estudios realizados sobre las cualidades de los enfermeros y las enfermeras, donde la inspiración de la confianza sobresale en todos (21,23,25). La interacción es, entonces, uno de los elementos más afectados del cuidado humanizado, en términos de percepción de las personas.

En concordancia con lo anterior, la interacción requiere de un momento de cuidado, el cual deriva del acercamiento entre dos personas y la relación que se dé entre ambas (4,20). Ahora bien, una unión requiere de puntos focales compartidos o entendidos, en otras palabras: reciprocidad (1,2).

La reciprocidad es un elemento que no solo depende de la comunicación entre personas, sino de la conexión alma, espíritu, mente y cuerpo (1,2,31,34), pues como se evidencia en los datos obtenidos, todo acercamiento entre dos humanos genera una aproximación con la existencia misma por el simple hecho de ser humanos. Es decir, debe haber un intercambio de ideas, pensamientos, experiencias, acuerdos y otros factores que se vinculen a un sistema de valores que permitan ser compartidos a través de la comunicación que facilita la interacción. (2,18,19,20,21). Las personas percibieron en esta investigación al igual que en otras relacionadas con la temática que los enfermeros y las enfermeras poseen las cualidades necesarias para ser profesionales de alta calidad, donde el 73% marca siempre, en comparación a otros estudios donde se obtuvo 60% (23), 82.9% (22) y 81.9% (21). Los resultados reflejan cómo la percepción de las cualidades de Enfermería varían de un contexto a otro, pero se mantiene una constante entre los distintos estudios.

Por otro lado, los valores y creencias de una persona representan su forma de entender el mundo y su realidad; por lo que para cada quien es distinto (2,19,22). Lo anterior se observa en los resultados, pues al analizar los datos, se encuentra que la percepción sobre el respeto a los valores y creencias, es un elemento poco afectado pues se logra entender la variabilidad y la diferencia entre las mismas, de esta misma forma se observa en distintas investigaciones (21,22). Lo anterior permite un espacio de respeto de la dignidad humana y creencias de ambos (1,2,10,13,17,18). Es decir, estos valores y creencias son las “reglas” de la interacción humana y la perspectiva del cuidado (2).

Aunado a lo anterior, el respeto de la dignidad humana permite que se brinde un cuidado diferenciado en donde fluyen únicamente las cualidades propias de cada una de las personas para adaptarse a cada momento que se presente (1,2,19,20). Sin importar el contexto, tiempo o espacio, la interacción entre el enfermero o enfermera y la persona debe estar libre de prejuicios, pues esa acción se traduce en el respeto por su dignidad, y a su vez, se le otorga y acepta su existencia como ser humano autónomo (13,29).

Por otro lado, se debe analizar la incorporación de terceras personas dentro de la interacción establecida ya que esta debe ser aprobada por ambas partes, pues dicha relación es intersubjetiva y se crea a través de la experiencia que han decidido vivir conjuntamente para lograr un objetivo en común (1,2,19,20). Es decir, se genera un intercambio de energías entre las personas que han consentido que exista dicha interacción (1). Este dato se evidencia en la forma en que los encuestados perciben como los enfermeros y las enfermeras les hacen sentir como una persona única y con existencia propia, pues demuestran importancia por sus opiniones, deseos e intereses.

Una cualidad sobresaliente en los estudios similares que se consultaron fue la capacidad de los enfermeros y las enfermeras por generar que las personas se sientan como personas. Por lo anterior, es menester destacar esta cualidad como primordial en el desarrollo de interacciones terapéuticas (22,23).

De manera similar, la preocupación es un factor determinante del interés y esto puede generar que la relación del momento de cuidado creado sea satisfactoria, pues de esta derivan sentimientos, emociones, intenciones y necesidades (1). Lo anterior, permite que las personas logren percibir una atención más personalizada, lo que a su vez se traduce en un acompañamiento genuino (1).

La respuesta humana guía los objetivos terapéuticos del cuidado brindado y la comunicación permite el conocimiento de los mismos (3,23,24). Es decir, la visión de la perspectiva humana permite que las personas involucradas en el cuidado tengan los insumos suficientes para actuar en concordancia con ellos. Dichos elementos son comunicados a través de diferentes vías, donde destaca el tono de voz, con el cual se transmite confianza, energía, emoción y entusiasmo (4). Esta forma de interactuar, contraria con la teoría analizada, se ha visto mayormente afectada en los resultados en esta investigación. Los mismos permiten destacar que el tono de voz utilizado tiene una oportunidad de mejora, pues a través de este se transmite la confianza y tranquilidad necesaria para que se dé la interacción exitosamente.

Sumado a esto, la comunicación con un tono de voz moderado y adoptando una actitud abierta y tranquila es fundamental para lograr una interacción amable (4,5). Esta investigación arroja datos similares a los encontrados en previas investigaciones, donde la tranquilidad reflejada por los enfermeros y enfermeras se ve afectada por la falta de confianza entre ellos o ellas y las personas. Además, muy parecido al comportamiento de la percepción en otra investigación, la comunicación se ve afectada por la forma de actuar y hablar (tono de voz) de las personas, lo que genera una despersonalización o cosificación, lo cual se observa en los valores obtenidos en dichos ítems (21).

Por otra parte, la facilidad para generar una interacción beneficiosa depende del acercamiento generado gracias a las condiciones que ambas personas están dispuestas a compartir (1,19,20). Dentro de la Teoría de Cuidado Humano se destacan factores elementales que permiten tener la capacidad para lograr experimentar una verdadera y recíproca interacción. Algunos de estos factores son la escucha y la presencia de amabilidad. Específicamente en esta investigación, los datos determinan que la

amabilidad debe mejorar, pues con ello se genera un lazo de empatía (5). En este lazo, se comparte para lograr objetivos propios del cuidado, como lo son el crecimiento para el enfermero o enfermera y la autonomía para la persona, lo cual sobresale con aspectos como bondad, compasión y amor (1,3).

Por otro lado, la percepción construida por las dos personas que interactúan depende de muchos factores, uno de estos, la confianza (1,19,27,29). El enfermero o la enfermera dentro de la interacción comprende cada aspecto paradigmático del cuidado, lo cual genera ventajas específicas para la interacción. La generación de confianza permite que el enfermero o enfermera puedan comprender la expresión de sentimientos de las personas, ya sean estos positivos o negativos (1,2,3,27). Es decir, en un ambiente de confianza se genera la posibilidad de que ambas personas, en su compañía una con la otra, expresen sus perspectivas y sentimientos de manera cercana (2,27).

Dentro de los principales elementos, se determina la falta de personal, ya que se reduce la vigilancia de las personas y por ende, el tiempo disponible para que la relación sea cálida y oportuna es muy limitado. Investigaciones similares han concluido que la carga laboral refleja un constante problema para las interacciones humanizadas (1,2,19), al igual que se refleja en la opinión de todos los enfermeros y enfermeras que participaron en las sesiones de trabajo reflexivo.

Un último aspecto de mayor importancia dentro de esta categoría deriva de la conceptualización de la percepción y como esta se ve afectada por los distintos estímulos. Durante las sesiones de reflexión con los enfermeros y las enfermeras, se mencionaba con mucha frecuencia como las personas crean una percepción de lo que será la experiencia (es decir, una expectativa) y como la experiencia luego de la interacción puede verse impactada por los valores y motivaciones propias de la persona. Lo anterior, al igual que en otros estudios sobre la conceptualización del cuidado y el cuidado humanizado, describen rasgos específicos sobre cómo la dinámica humana debe ser entendida por enfermeros y enfermeras para poder cuidar de forma humanizada (11,12,21,22). En palabras de De la Cuesta, el cuidado “transforma la persona, el mundo material del cuidado y al propio cuidado” (79), por eso se considera que la percepción

del cuidado humanizado es una respuesta a estímulos internos y externos, lo cual crea una experiencia que desde Enfermería cobra importancia también porque corresponde a una respuesta humana.

Por todo lo mencionado, los sistemas de valores, cultura, creencias y motivaciones de las personas son respetadas en gran medida por enfermeros y enfermeras, tal acción se refleja en los resultados de distintos estudios y en este también, entonces parece necesario que el cuidado humanizado se conceptualice como un valor necesario de respetar y compartir (26,80).

5.1.2. Categoría 2: Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente.

Por su naturaleza humana, la comunicación entre dos o más personas implica interacciones verbales y no verbales que permiten el intercambio de perspectivas, experiencias y opiniones (81). Aunque esta comunicación sea un proceso humano y natural, en ocasiones se puede ver limitado por factores internos y externos que hacen del mismo, un medio de interacción no auténtico entre dos personas. Esto anterior, dificulta, en cualquier momento, el establecimiento de relaciones humanas óptimas (9). En cambio, una comunicación adecuada permite a los seres humanos establecer conexiones entre su mente, alma y espíritu, donde la identificación de cada uno como ser único es un factor básico en este proceso (9).

La comunicación surge cuando el enfermero o enfermera ingresa al entorno de la persona y se identifica como ser humano y profesional, desde ese momento, inicia la conexión (9). Según lo obtenido en los resultados de la investigación, los enfermeros y enfermeras en muchas ocasiones tienden a no identificarse según su cargo, además, no brindan su nombre al acercarse a las personas para realizar un procedimiento. Estos resultados son comparables con otro estudio similar, donde dichos componentes, tanto el mencionar el nombre como el cargo antes de un procedimiento, fueron los peor evaluados de la categoría de “cualidades del hacer de Enfermería” (9,22).

Al respecto, Watson menciona que para que el cuidado se desarrolle de forma adecuada, se requiere de una relación interpersonal auténtica y con compromiso de ambas partes, por lo tanto, la identificación del enfermero y enfermera con su cargo y nombre tiene un papel fundamental en el acercamiento con las personas (9,81).

Según Watson, el ingreso del enfermero o la enfermera al entorno de la persona implica que se cree un campo magnético de expectativa (82), el cual es mediado por acciones comunicativas que pautan el proceso de cuidado transpersonal, donde los enfermeros y enfermeras establecen un contacto permanente, constante y directo con la persona (81). Es en ese momento, donde la comunicación debe ser la base para la atención de las necesidades humanas, considerado como: un eje articulador de los cuidados asistenciales y tecnológicos, dirigidos hacia la calidad del cuidado enfermero (83).

Por lo tanto, a pesar de ser una característica humana, la comunicación es una habilidad que debe aprenderse y desarrollarse con el único fin de conducir a una acción de cuidado amplia y de carácter terapéutico. Además, una habilidad donde se promueva el perfeccionamiento y balance del saber-hacer profesional mediante conexiones claras, sencillas y únicas, que se adapten a cada persona y sus necesidades (84). En consecuencia, la comunicación terapéutica entre el enfermero o enfermera y la persona debe ser óptima, empática, asertiva y auténtica (81).

Una comunicación óptima, empática y sincera necesita de la disposición y apertura al diálogo por parte del enfermero o enfermera y la persona. Requiere a su vez, adentrarse en la situación actual del ser humano, de una manera sencilla, humilde y humana (85). Y es que, en el estudio, items como la apertura al diálogo fueron uno de los peor evaluados en la segunda categoría, el resultado es similar a lo encontrado en otra investigación, donde las personas expresaron que existe poca apertura al diálogo, debido a que no se les informa ni se explica oportunamente los procedimientos a ejecutar, la administración de medicamentos o su situación de salud. Contrario a lo que plantea otro estudio, donde se muestra el diálogo como una de las características mejor valoradas por las personas (21). Se podría afirmar, entonces, que la apertura al diálogo

es una de las características que los enfermeros y enfermeras no suelen realizar dentro de su ejercicio profesional. Los enfermeros y enfermeras deben facilitar de mayor forma la apertura al diálogo con las personas, esto para poder interpretar adecuadamente las necesidades mediatas e inmediatas de las mismas (22).

Por otra parte, es importante la escucha, aceptación de la persona tal y como es, generar confianza, serenidad, seguridad, apoyo efectivo para su desarrollo humano y espiritual (9,86). Para este momento, los enfermeros y enfermeras son instrumentos terapéuticos con la capacidad de entender la relación transpersonal en cuestión, dándole un significado y modificando aquellos factores que limitan la interacción (9,86). Para lograr lo anterior, el enfermero o enfermera también requiere alcanzar un elevado grado de integridad, con una armonía en mente, alma y espíritu; esto a través del conocimiento del poder de sí mismo, elemento fundamental en el desarrollo de esa armonía, y por lo tanto, del ser humano y enfermero (9,86).

De esta forma, el enfermero o enfermera logra proyectar a la persona sentimientos positivos como seguridad, confianza, claridad y autenticidad (87). Watson, en su cuarto factor del cuidado, lo confirma, ya que la relación humana requiere del “desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza” (9). Esto hace del cuidado, un medio genuino que toma en cuenta la conciencia emocional, valores, metas y el desarrollo de la capacidad de las personas que interactúan (9). Para este estudio, la seguridad y claridad al momento de responder las inquietudes de la persona, fue la característica mejor valorada de la segunda categoría con un 71% en la escala siempre, mientras que en otro estudio de abordaje cuantitativo descriptivo y prospectivo de corte transversal, este mismo ítem a pesar de presentar un 78% en la escala siempre, no es uno de los más sobresalientes de la totalidad (22).

Otros factores que pueden interferir con el proceso de diálogo son la limitación del recurso humano y la falta de tiempo, tiempo que se concreta en el cumplimiento de tareas manuales (85). Es por ello, que los enfermeros y enfermeras aducen sobrecarga de trabajo por la falta de personal y de apoyo institucional para su capacitación y lo anterior, repercute en la atención que se brinda (85). Esto, se evidencia en los resultados de la

presente investigación, puesto que las personas manifiestan que, en ocasiones, los enfermeros y enfermeras, no les dedican suficiente tiempo para aclarar las inquietudes que se presentan. Lo anterior se puede asociar a que en muchas instituciones hay poco personal en relación con la cantidad de personas, siendo la sobrecarga de funciones, un factor externo que influye de forma directa en la diada enfermero o enfermera- persona.

Watson confirma lo anterior; al mencionar que existe un inminente riesgo de deshumanización en el cuidado de la persona a causa de la gran reestructuración administrativa en la que se encuentran inmersos la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo (9). Esto destaca la necesidad urgente de rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica y demás áreas del quehacer y ser enfermero.

Sumado a esto, el enfermero o enfermera cumplen un papel fundamental en el rescate del aspecto humano a nivel sanitario, mediante una serie de funciones que fortalecen el proceso de interacción y contrarrestan ese riesgo inminente de deshumanización, ya que ven la relación como un momento de aprendizaje, madurez y crecimiento mutuo (88). Dentro de esas funciones, está la educativa, donde el enfermero o enfermera le ofrece a la persona respuestas concretas a las preguntas o comentarios que este realiza, sobre todo las referidas a la información e indicaciones sobre su estado de salud, explicación del tratamiento y demás pautas a seguir (89).

En la presente investigación, se determina que, en su mayoría, los profesionales proporcionan dicha información de forma óptima; sin embargo, no dan las suficientes indicaciones cuando se requiere. Por esto, para garantizar un intercambio de información que brinde una respuesta apropiada y un aprendizaje constructivo y bidireccional, se deben implementar diversas estrategias donde se comuniquen de mejor forma las indicaciones a las personas (89).

Se destaca también, cómo a través del flujo de conocimiento del enfermero o la enfermera, la persona logra desarrollar la capacidad de utilizar la información brindada y tomar decisiones de acuerdo con su estado de salud. Lo anterior, no solo fortalece el

proceso comunicativo, sino también el cumplimiento de un plan de cuidado personalizado, centrado en la persona y sus necesidades (89).

Lo anterior, responde al sexto factor del cuidado. En este factor, Watson considera que el uso del proceso de enfermería aporta al enfermero y la enfermera un medio para la resolución de problemas y la toma de decisiones en la salud de las personas, lo cual permite empoderar a los mismos sobre sus procesos de salud-enfermedad (9). Además, se enlaza con el séptimo factor, ya que el flujo de información mediante un cuidado estructurado propicia la enseñanza y el aprendizaje; dicho enfermero o enfermera propicia ese proceso mediante técnicas que se reflejan en el autocuidado, satisfacción de necesidades y crecimiento personal (9).

Finalmente, se visualiza un panorama general de los resultados de la segunda categoría. Se destaca que 68,75% de las personas usuarias perciben apertura a la comunicación por parte de los enfermeros y enfermeras, mientras que 4,46% nunca lo percibió de esta forma. Resultados similares se presentan en el estudio de Duque, Cardozo & Campiño, donde 76% de las personas perciben la apertura y un 5,1% nunca lo sintieron así (21). Contrario a estos estudios, la investigación de Guaqueta y Parada muestran que 42% percibió el cuidado humanizado como excelente, 25% y 24% casi siempre y algunas veces; respectivamente, mientras que 9% de las personas nunca lo percibió (22). Esto permite inferir que la tendencia en la comunicación de los enfermeros y enfermeras es buena, pero con un leve porcentaje de descontento por parte de las personas usuarias de servicios hospitalarios.

5.1.3. Categoría 3: Disposición para la atención

La disposición es considerada como una dimensión de la interacción (27). La misma requiere de un compromiso real de parte de los enfermeros y enfermeras, que denote una voluntad para generar la interacción (27). Además, permite orientar el cuidado hacia la persona, donde además se toman en cuenta sus decisiones (27). Watson menciona que la genuinidad en la relación es primordial para generar un enlace

y por ende, una relación transpersonal, lo cual a su vez denota la voluntad o disposición por parte de enfermeros y enfermeras para lograr esa conexión (9,27).

Por otra parte, el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de Enfermería, el cual es una actividad que requiere de un valor personal y profesional; encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida (14). De tal forma, los enfermeros y las enfermeras, mediante el cuidado humanizado, adquieren un compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida al realizar la intervención terapéutica (14).

Para lograr dicha relación terapéutica, los enfermeros y enfermeras deben tener disposición para brindar cuidados de calidad (86,91). Deben estar orientados a la priorización de la persona, respeto a sus decisiones, intimidad y genuinidad, los cuales no se limitan a observar, sino que requieren de una inmersión en la realidad de las personas (90). Como menciona Watson, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa (9). El cuidado no es solo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover y/o recuperar la salud a través de la experiencia transformadora del momento terapéutico y la interacción satisfactoria (86).

Con los resultados de la presente investigación, se determina que la experiencia transformadora del momento terapéutico fue percibida por la mayoría de las personas, en momentos cuando los enfermeros y enfermeras lograron identificar las necesidades de ellos, cuando les permitieron expresar sentimientos, les ayudaron si lo requerían y les respetaron la intimidad durante el momento de cuidado.

Con respecto a los resultados según la escala de medición, la tercera categoría es la más afectada en relación a la percepción del cuidado humanizado, con más del 19% en la categoría "nunca". Contrario a esto, en un estudio de Malpica, el 87,5% de los participantes siempre percibieron los estímulos, sentimientos y pensamientos por parte la enfermera y el enfermero que les permitieron identificar la presencia de un cuidado

humano, continuo y de calidad, que los hizo sentir como personas, les ofrecieron tranquilidad, les brindaron información adecuada de manera pausada, respetando sus valores y creencias durante la relación de cuidado (91). Se observan datos similares en el estudio realizado en Cartagena por Acosta, donde se encontró que el 80,2% de las personas encuestadas siempre percibieron estos comportamientos (91).

La relación de cuidado solo se puede demostrar y practicar eficazmente cuando hay interacción entre dos seres autónomos que comparten un objetivo terapéutico, pero el elemento transcendental se genera cuando se realiza de forma humanizada (9). Uno de los aspectos importantes para percibir el cuidado como humanizado es la preocupación por el estado de ánimo de las personas, el cual se demuestra cuando las enfermeras o enfermeros preguntan a la persona cómo se siente ante cualquier estado o condición de salud aun cuando este es visiblemente notable. De acuerdo con los resultados, la preocupación por el estado de ánimo de las personas es el aspecto que más se debe de trabajar, pues un 17% de las personas consideraban que esto nunca se demostraba.

De manera contraria, en un estudio de Monge realizado con personas hospitalizadas en un hospital de alta complejidad, en el aspecto del estado de ánimo, un 83% responde que siempre se ha sentido apoyado emocionalmente por el enfermero y enfermera durante la estadía hospitalaria, mientras que solo el 1, 8% responde nunca (92).

En este ítem, se destaca la importancia del apoyo emocional, el cual debe ser comprendido como una forma de cuidado. Su objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar a la persona (94). Por tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerar la totalidad y la complejidad del ser humano. Además, debe abarcar tanto la dimensión física como psicológica y asociar el cuidado instrumental al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, interacción y apoyo emocional (93).

Para brindar apoyo emocional, es necesario que los enfermeros y enfermeras tengan la habilidad de escuchar, estén atentos y dispuestos a tocar de forma emocional

y confortar a las personas (94). Ahora bien, la ausencia de una definición clara de apoyo emocional se refleja en la práctica meramente asistencial, pues perjudica el cuidado, al limitarlo a lo esencialmente instrumental (94). Por esto, los elementos psicosociales y emocionales de la interacción deben permear la relación enfermero o enfermera y persona (93).

Dentro de la atención integral que se menciona, es indispensable la identificación constante de necesidades en las personas (94). Esto se puede lograr mediante la utilización de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, ya sea sobre su experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario). Además, incluye el análisis reflexivo de los datos y elaboración de los objetivos de salud en conjunto con la persona y la familia (94).

El comportamiento “identificación de las necesidades de las personas”, según los resultados del presente estudio, demuestra que para algunas personas se da de manera óptima, mientras que para otras debe mejorar. Lo anterior, requiere de un interés de la enfermera o el enfermero en las interacciones (94). Lo cual, responde al noveno factor de Watson, donde una visión completa del arte del cuidado permite reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales de uno mismo y de la persona, siendo el interés hacia uno mismo y el otro ser humano, elementos esenciales en la interacción (9,55).

Estas interacciones son necesarias para promover, prevenir, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento y la enfermera o el enfermero debe explicar cómo lleva a cabo esa responsabilidad la cual debe estar basada en principios éticos (94).

Los principios éticos guían y permiten que entre la enfermera o el enfermero y la persona exista un lazo de unión humano y profesional, tanto en el sufrimiento de la enfermedad como en la esperanza de un mejor bienestar (95). La evidencia previa demuestra un escenario de confrontación, donde la persona reclama sus derechos y la enfermera o el enfermero eluden sus responsabilidades profesionales (94). Sin embargo, la evidencia recolectada bajo esta investigación determina que los enfermeros y enfermeras demuestran ser responsables con la atención brindada hacia las personas, respetan sus decisiones, intimidad y brindan cuidado cálido.

En relación a las responsabilidades profesionales, Enfermería necesita de la reflexión y aplicación de la autonomía, la cual le da el soporte académico adquirido tanto en la formación como en la práctica diaria (86). Dentro de estos conocimientos adquiridos, se reconoce la importancia de estar presente para ayudar de manera oportuna y se comprende que la persona debe ser acompañada en las fases de toma de decisiones y no sólo captar información (86). El acompañar es necesario para que, paulatinamente, la persona descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañamiento sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica (86).

Con base en los resultados, el respetar las decisiones es un aspecto destacable y positivo de las respuestas obtenidas por parte de las personas, pero el acompañamiento y el estar presente de manera oportuna se ven limitados y eran menos percibidos por algunas personas. En relación a esto último, el estudio de Malpica, rescata la valorización del sujeto de cuidado como ser único, donde prima el respeto por su subjetividad, es decir, un respeto a sus creencias, sus valores, su lenguaje y principalmente sus decisiones (91).

Para fortalecer el acompañamiento, se deben tomar en cuenta los principios bioéticos ya mencionados, como lo son el respeto a la privacidad y confidencialidad y el respeto a la autonomía y responsabilidad individual (94). Lo anterior debido a que el enfermero o la enfermera competente es aquel o aquella que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos y permitirle a la persona ser partícipe de su propio cuidado y recuperación. La función de la Enfermería, debe incluir la información y educación de la persona sobre la salud, para que ella pueda elegir entre las diversas opciones posibles, una vez considerados los distintos riesgos y beneficios de cada alternativa (95).

Otro aspecto que permite fortalecer el acompañamiento es la comunicación, y Enfermería tiene una gran oportunidad de desarrollar la misma no solo con las personas, sino también con sus familias. Para un cuidado integral y una comunicación efectiva es

importante utilizar una terminología clara y comprensible, tratando de satisfacer las necesidades de manera asertiva, brindando disposición al diálogo y a la escucha (94).

Dentro de las propuestas para mejorar y fortalecer la comunicación y la relación terapéutica, es necesario no sólo la enseñanza de conceptos teóricos, sino también de valores morales, que hagan de la práctica enfermera una profesión humanizada (95). Otro aspecto a destacar es el comportamiento “responder de manera oportuna ante la llamada de la persona”; en esta investigación, se destaca que los enfermeros y enfermeras se muestran dispuestos a atender las llamadas de las personas, sin embargo, al momento de la llamada la respuesta no es percibida como oportuna. Sumado a lo anterior, es importante proporcionar apoyo físico y emocional, brindar un trato cordial, explicar los procedimientos a realizar, así como, proporcionar comodidad, y llamar a la persona por su nombre durante la interacción (94).

Lo último permite que se cumplan los objetivos desde una visión holística e integradora, lo cual ayuda a las personas y sus familias a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento (85). Además, permite ayudar a darle un sentido a estas experiencias, pues la Enfermería se ha autoidentificado como una profesión humanista que se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno, donde la persona elige, se autodetermina y es un ser activo (85).

Por su lado, en comparación con los resultados obtenidos en la tercera categoría, se denota que el principal enfoque de la misma es el acompañamiento. Es a través de la disposición de ayuda, que el enfermero o enfermera es capaz de generar acuerdos, asesorar, brindar soporte, y comunicarse de forma asertiva (27). Es decir, la conexión no se puede generar sin un acompañamiento genuino. Dicho acompañamiento es sensible, pero responsable, informado y auténtico (9,27).

Finalmente, como se observa las categorías se complementan entre sí y conforme se estudian más los elementos de cada se reconoce mejor el arte de hacer enfermería,

la esencia de ser enfermero o enfermera, y la necesidad de usar el conocimiento y proceso de enfermería para hacer ciencia.

5.1.4. Fase Reflexiva

Esta sección presenta un análisis reflexivo sobre las percepciones experimentadas por las personas acerca del cuidado humanizado en el hospital privado en estudio. La percepción, como ya se ha contextualizado, representa un proceso psíquico que permite formar conceptos, opiniones, impresiones o sentimientos sobre un individuo, objeto o fenómeno, y toma en consideración experiencias pasadas, contexto social, y conocimiento de la realidad (41,42).

Este concepto incluye los hechos factibles de la realidad que las personas acogen en su conciencia con el fin de interpretar las situaciones vividas (41,42). Es decir, en términos de la investigación, el uso del concepto se aplica para conocer la apreciación y sensación de las personas, las cuales derivan del contexto, experiencias y las distintas opiniones que la persona genera con respecto al cuidado que se le brindó por parte de los enfermeros y las enfermeras.

La Teoría del Cuidado Humano brinda un amplio espectro sobre los principales elementos que son necesarios para entender a fondo lo que el cuidado humanizado representa en cualquier contexto. A partir de los diez factores del cuidado o diez factores del proceso CÁRITAS, se analiza el impacto que tiene la percepción, ya sea de forma positiva o negativa.

5.1.4.1. Cualidades del hacer de Enfermería

Para iniciar esta reflexión se hará referencia a la primera categoría y sus elementos, además de cómo se relacionan con los factores de cuidado. Uno de los elementos que abre camino a la reflexión es el “sentido de dignidad humana como personas”. Se observa que a través del análisis que parte de la cualidad del ser *humano*, se deriva la intencionalidad por parte de los enfermeros y enfermeras de mantener una estrecha actividad holística con las personas. Es decir, está dirigido por la conciencia individual que apunta al construir el sentido de ser una persona (9,10,12,53,73,76,95).

Lo anterior, permite entonces reflexionar teóricamente desde el enfoque de varios factores, inicia con la construcción de un sistema humano-altruista, apoyo subjetivo de las creencias, provisión de apoyo y protección, gratificación de las necesidades y

compromiso moral. Todos estos elementos se relacionan con la forma en cómo los enfermeros y enfermeras perciben que el respeto por la dignidad de la persona se basa en un aspecto holístico y transpersonal (9).

Los elementos del ser de la persona se evidencian como característica clave en la categoría de cualidades del hacer de Enfermería. Los mismos se presentan en el instrumento de forma aleatoria, pero todos responden a un componente fundamental, el *ser*. Se ha observado que los ítems se acercan a comportamientos muy específicos que permiten que la *humanización* se acerque al cuidado. Lo anterior, permite reflexionar sobre cómo se debe entrar en el campo fenomenológico de una persona para ser capaz de detectar, sentir e interactuar con la misma. Es decir, generar una relación de empatía para entender que la persona y su entorno son el centro de la misma (9).

La relación de empatía, entonces, se determina con comportamientos que son inherentes al cuidado humanizado, y además, a la persona que lo brinda (67). Dichos comportamientos como se observa en los resultados se ligan al estar atento, propiciar el diálogo, amabilidad, conocimiento científico, apoyo de todo tipo, sencillez y humildad, realizar actividades con agrado, relación cálida, escucha, comprensión de sentimientos, crecimiento mutuo, acercamiento a la realidad del otro, respeto, confianza y tranquilidad (9,67). Está explícito en los ítems como las cualidades no son más que comportamientos meramente *humanos* que requieren del poder entender y sentir la realidad del otro como propia, pero a su vez, permiten el crecimiento personal. En pocas palabras, la forma de acercamiento de una persona con otra, se acerca a una interacción humana cuando ambas sienten de la misma forma, algo muy explícito en los resultados que arrojan el estudio, donde un 94% de las personas reflejan que se sienten como personas al interactuar con los enfermeros y las enfermeras.

Como se observa, la percepción se liga a la construcción mental de dos personas sobre lo que se considera la cualidad de ser un *humano* (41,43). Es decir, al ser una construcción basada en la experiencia y el contexto, permite la generación de expectativas de cuidado tanto de quien lo brinda como de quien lo recibe, y su limitante principal es su noción o pensamiento del cuidado humanizado (23,41,43). En pocas palabras, las cualidades del cuidado humanizado son meramente determinadas a nivel

individual, lo cual es posible de observar en la variabilidad de respuestas obtenidas según los distintos estudios analizados, así como las distintas respuestas obtenidas según los ítems estudiados.

Existe un vínculo entre el tiempo efectivo y el cuidado humanizado (27). La concepción de este factor en términos de labores realizadas, parece enfocarse al cuidado como una labor asistencial, lo cual podría justificar como los ítems relacionados con dicho enfoque se encuentran con puntuaciones excelentes y entre los mejores calificados. Por lo tanto, a pesar de que existe una conciencia colectiva disciplinar sobre el cuidado humanizado, las labores asistenciales y técnicas generan un impacto en la percepción personal de tiempo efectivo. Este elemento tan determinante en la acción de cuidado se desarrolla dentro del entorno de la persona, y se puede decir que la percepción de la persona en cuestiones de tiempo deriva de su personalidad y espacio (9,27,28). Lo anterior, explica cómo el cuidado puede continuar existiendo en el transcurso del tiempo, sin perder nunca su desarrollo humano, a pesar de las adversidades (7,26,32,46).

En cuestiones de tiempo, entonces, las personas pueden adaptarse a los cambios de su entorno, aun cuando estos afecten su percepción sobre el cuidado humanizado que se brinda y limite de forma drástica tanto el accionar de los enfermeros y las enfermeras, así como el pensamiento del cuidado. Es decir, el tiempo permite que haya una experiencia sensorial y transpersonal para la construcción de la percepción (9,27,28). El elemento fundamental del tiempo es la intencionalidad de los enfermeros y las enfermeras por manifestar un cuidado humanizado y de las personas por recibirlo, lo cual se expresa en las cualidades de *ser* enfermero o enfermera, y se materializa con la confianza que se genera en la relación. Lo anterior depende, entonces, de la seguridad personal en las competencias profesionales y manifiesta la carencia de confianza por la falta de afección, lo que afecta la intencionalidad y ternura, pero primordialmente en la sensación de satisfacción de la otra persona (1,7,23).

El uso del lenguaje y el tono de voz, son primordiales en la formación, donde este segundo es un vehículo para las cualidades. En consecuencia, las actitudes mostradas y transferidas por los enfermeros y las enfermeras se relacionan directamente al tono de voz. A través de este, en conjunto con las palabras y gestos, se permite la vinculación

de las dos personas que interactúan y con ello, la generación de confianza, de la cual deriva la seguridad y la tranquilidad (5,9,76).

Ahora bien, con respecto a lo anterior, es importante recalcar los factores del cuidado, donde se debe desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo-confianza, cultivar sensibilidad para uno mismo y para los demás, promocionar y aceptar la expresión de sentimientos y provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual (9). Todos estos elementos son construidos por ambas personas desde el primer momento de la interacción, y dependen exclusivamente de las cualidades de Enfermería presentes, lo cual se puede observar en las respuestas sobre respeto, confianza y tranquilidad, los cuales fueron de los ítems mejor puntuados. La falta de estas cualidades puede dificultar o imposibilitar la relación transpersonal de cuidado (13,76).

Por otro lado, se puede analizar la forma en cómo se dimensiona el cuidado humanizado con respecto a las labores diarias. Esto constituye una relación bidireccional pero basada en el enfoque individual de cada persona sobre su concepto del cuidado humanizado, permite analizarlo desde las dos palabras que lo componen. La palabra cuidado se enfoca en muchas ocasiones a la satisfacción de las necesidades biológicas como enfoque único, y deriva de la concepción o paradigma integrador y no transformador. Mientras que la segunda palabra, humanizado, se agrega para darle significado *humano* a ese cuidado.

Es decir, la unificación de estas dos palabras se realiza ante la necesidad de conceptualizar una interacción más allá de lo asistencial. Muchas veces los mismos enfermeros y enfermeras, se ven inmersos en acciones asistenciales donde lo *humano*, pasa a concebirse como un agregado, un plus o un privilegio (16). Los estudios relacionados concuerdan en que la asistencia más allá de lo biológico es el principal elemento afectado y que el conocimiento científico de los enfermeros y las enfermeras les brinda herramientas para la autoconfianza; sin embargo, los aleja de la humanización cuando se enfocan únicamente en ello (4,5,10,13,14,21,22,23).

Dentro de las cualidades de hacer de Enfermería, también se encuentra la escucha, la cual permite atender dimensiones espirituales-misteriosas, pues abre el

camino al entender las capacidades individuales, opiniones, experiencias, sentimientos, aptitudes y actitudes; en pocas palabras, la percepción del cuidado de la persona y su existencia per sé (9,41,42). Se considera entonces, que la escucha es la puerta de entrada del entendimiento de las concepciones privadas de las personas, así como el uso de la vista para entender el lenguaje no verbal. Por lo anterior, la interacción, es consecuentemente una experiencia sensorial (13,91).

Otro elemento a considerar es la percepción y su enlace directo con el entorno y la personalidad de la persona. Como ya se ha mencionado anteriormente, la construcción de la realidad de la persona deriva de muchos factores que convergen en un mismo punto el cual es la existencia individual (41,42). Lo anterior se liga al sistema de creencias de cada persona. Es decir, la percepción al ser una construcción incluye todos los aspectos de la personalidad de las personas, y de acuerdo a ello, la calidad de un cuidado humanizado se determina por dicha apreciación individual (22,91,(96). Esto permite hacerse la pregunta, ¿es el cuidado humanizado estándar?

Para responder a dicha pregunta, es necesario comprender el sentido de existencia individual, junto a los modelos sociales de convivencia, y cómo varían según sistemas de valores, costumbres, creencias, entorno, tiempo, concepto de salud, concepto de cuidado, capacidad para comunicarse, capacidad de interacción social, entre otros. Entonces, sí, hay estándares en los elementos del cuidado humanizado, más no hay interacciones estándares, pues son únicas entre cada persona (9,67,93). Lo anterior, se observa en la forma como varían en sus respuestas tanto por parte de las personas que participaron en el instrumento PCHE3, así como en las opiniones de los enfermeros y las enfermeras. Es decir, la convergencia de los elementos del cuidado humanizado son todos siempre necesarios, pero la reacción e interacción siempre es distinta.

Otra reflexión a realizar es la relacionada con las expectativas a nivel privado y el papel del factor económico. Se muestra que las personas poseen una expectativa del servicio que se brinda en los hospitales privados, pues entra en juego la relación contractual, mismo que es entendida en su totalidad por los enfermeros y las enfermeras, así como ellos y ellas mismos lo mencionan durante las sesiones realizadas. Dichos

contratos reflejan el interés económico de las empresas, así como del comprador del servicio. Esto difiere en Costa Rica del nivel público-social por el sistema solidario que caracteriza al país en su sistema de salud público, ya que las expectativas del servicio son distintas, más contienen la misma responsabilidad. Cierta población exige al sistema público por las grandes cantidades de personas que son atendidas, cargas de trabajo, sentido de solidaridad, entre otros; mientras que en el sector privado se exige el servicio por la “compra” inmediata del mismo. A fin de cuentas, hay intereses monetarios en ambos sectores, pero varía la forma en que se entrega dicho dinero.

Lo mencionado anteriormente alude a un proceso meramente mercantil. Si una persona paga por obtener un servicio, sus expectativas son altas si estas se basan en estándares de calidad, contexto social, reputación, y demás; de modo que, en contextos como este, basados en los resultados obtenidos y las experiencias contadas por los enfermeros y las enfermeras, es posible realizar un enlace directo entre lo que la empresa (hospital) y la persona atendida espera de dicho contrato (97). Es decir, aun cuando sea un proceso económico, hay responsabilidades de calidad a los estándares de atención, y, por ende, una responsabilidad colectiva e individual de brindar un cuidado humanizado de alta calidad.

Como siguiente reflexión, se hace alusión a la interacción como tal, y la forma en que esta deriva de todas las primordiales cualidades del quehacer de Enfermería: confianza, seguridad, tranquilidad, amabilidad y sentido de escucha (por mencionar las principales en esta investigación). Todas estas cualidades necesarias para la interacción tienen un elemento en común que se relaciona con la intencionalidad de relacionarse, y esta es, la capacidad para conectar con otra persona a partir del autoconocimiento, autoconfianza y autoseguridad (4,5,10,13,14,21,22,23). Es decir, todas las cualidades de Enfermería no son más que aptitudes necesarias para entender nuestra propia existencia, dado a ello, Watson describe que toda persona debe cultivar sus propias prácticas transpersonales más allá del ego (9).

Por todo lo anterior, y en concordancia con los datos obtenidos en esta y otras investigaciones con la variable en estudio se puede afirmar que las cualidades de hacer de Enfermería se ligan directamente con la calidad de *ser* humano y pertenecer a un

colectivo con cualidades específicas. Parte de los elementos del cuidado humanizado (confianza, tranquilidad, amabilidad, seguridad, etc.) están meramente relacionados con la empatía y posibilidad de desconectarse de uno mismo como persona para conectarse con la otra y entender su cosmovisión, sin perderse a uno mismo en dicha interacción. En pocas palabras, es actuar como yo en una realidad *compartida* pero centrada en el otro (9).

5.1.4.2. Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente

Al tomar como referencia los elementos que forman parte de esta categoría, se resalta la importancia del primer acercamiento entre el enfermero o enfermera y la persona, su significancia en el quehacer de la profesión y el inicio de la construcción directa de la percepción de la persona sobre los comportamientos de cuidado humanizado por parte de Enfermería. Al respecto, el acercamiento inicial resulta ser un eslabón esencial del cuidado (79), que puede llegar a direccionar la relación interpersonal que se creará entre la persona y el enfermero o enfermera. Por esto, al crearse una interacción entre sujetos, inicia el momento de cuidado (9,79).

Aunado a lo anterior, un elemento esencial al iniciar la comunicación con la persona es el presentarse e identificarse como ser humano y profesional, o en otras palabras, indicar su nombre y cargo. Si bien esto puede parecer una acción fácil, rápida y hasta lógica de realizar, es un componente del proceso comunicativo que falla de forma constante. Lo anterior, se evidencia en los resultados de este estudio, puesto que un 7% de las personas indican que nunca se realiza. Por esto, se reflexiona acerca de los elementos internos y externos a los profesionales que influyen en el incumplimiento de dicha presentación (9,84).

Como elemento interno, sobresalen las emociones y el impacto que puede tener el no saber moderarlas y ordenarlas de manera consciente al momento de comunicarse con los demás (55). Si bien lo que sucede previo a la interacción puede determinar la disposición que tiene el emisor y el receptor de aceptar y escuchar el mensaje y la forma cómo el mensaje fue emitido (84), como enfermeros y enfermeras tenemos la responsabilidad de trabajar en una adecuada conciencia emocional, donde se pueda desarrollar la capacidad de comunicación y escucha. Al respecto, se destaca la

necesidad de incentivar el desarrollo de una relación de ayuda- confianza, entre el enfermero o enfermera y la persona (9), para así lograr un proceso comunicativo eficaz.

Durante las sesiones con los enfermeros y enfermeras, se reflexiona sobre el proceso comunicativo, el cual no representa un proceso complejo, pero que sí enmarca diversos factores necesarios para que la misma sea efectiva. Lo anterior, para poder lograr que el mensaje emitido sea claro y que la persona lo escuche de forma activa (79). Al respecto, es interesante destacar cómo en la investigación se determina que solamente un 62% de las personas indican que “siempre”, los enfermeros y enfermeras les facilitan el diálogo; por lo que se infiere que los y las profesionales no fomentan en su mayoría un óptimo proceso comunicativo.

Ahora, como elementos externos que influyen, resaltan factores como lo es el poco tiempo para relacionarse con las personas; tiempo que se basa en mayor medida al cumplimiento de tareas procedimentales, poco personal y sobrecarga de trabajo (79). Estos elementos, inciden en cómo se ejerce la comunicación con las personas y sus familias, el cual altera el reconocimiento de las necesidades individuales, establecimiento de una relación interpersonal significativa donde exista una conexión real de confianza y seguridad y el cuidado de Enfermería (84).

Por otra parte, se destaca la influencia que tiene la colocación de nuevo personal enfermero en el área de trabajo y su limitación en la relación de cuidado. Lo anterior, dificulta la interacción inicial con la persona, ya que el enfermero o enfermera pasa por un proceso de adaptación, donde su dimensión propia y personal se ve afectada (9). Se ve afectada ya que se encuentra en un nuevo entorno, donde, a partir del proceso reflexivo se concluye que el desarrollo de la confianza es uno de elementos que más influyen en ese proceso y en el desenvolvimiento de los mismos. Lo anterior, genera dificultades en la interacción enfermero o enfermera-persona al adentrarse en el campo fenomenológico de la persona y el desarrollo de relaciones transpersonales efectivas (9,79).

Otra reflexión se enfoca en la influencia de los factores tiempo, confianza, sobrecarga de trabajo, personal nuevo y su impacto en la calidad y cantidad de información que se le ofrece a la persona y su familia. Darle un valor real a la disciplina,

consiste en detectar los factores que limitan el cuidado y atenuarlos, lo anterior, porque ningún profesional puede brindar un cuidado de calidad si no tiene las herramientas necesarias para ello (9,79).

Además, los elementos limitantes no son excusa para conectar y servir a las personas desde una perspectiva de entendimiento de su dignidad humana y su existencia (9,18). Lo anterior, porque aunque existan factores que influyen en el ejercicio del cuidado, siempre está la posibilidad de ir más allá; saludar a la persona, preguntar por su estado de salud, llamar por su nombre, son detalles que no quitan tiempo y que pueden sumar al trato digno que todo ser humano merece en cualquier momento del cuidado. Por ello, ser enfermero o enfermera es dar un reconocimiento a la existencia de las personas en diferentes formas y momentos, creando de esta forma, una interacción única (9).

5.1.4.3. Disposición para la atención

Esta categoría se describe en primera instancia como un aspecto crucial que permite que las personas tengan una mejor percepción de interés por parte de los enfermeros y de las enfermeras.

Basado en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, es importante destacar la empatía, debido a que este fue uno de los principales elementos que se abordó en la investigación. La empatía, para Watson, es la capacidad de experimentar y comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión (9). Dentro de la misma comunicación, el afecto auténtico se demuestra hablando en un tono de voz adecuado y adoptando una postura relajada con expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones (9). Todos los elementos en conjunto derivan de las habilidades comunicativas propias, lo cual se relaciona con el factor de relación ayuda-confianza, el cual implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz (98).

Además, se identifica con base a la visión de los enfermeros participantes de la investigación, que brindar cuidados de manera integral e incluir a la familia en la recuperación de las personas es un aspecto fundamental que influye en la percepción

del cuidado humanizado brindado por parte de Enfermería. De acuerdo a un estudio, incluir a la familia en el cuidado permite ser esta un recurso para la atención y el cuidado de la persona. Sumado a esto, entender a la familia como objeto de cuidado significa cuidar de toda la unidad familiar, asumiendo un enfoque integrador y sistémico (99).

Por otra parte, se resalta la importancia de brindar cuidados de calidad que abarque tanto el área física como emocional. Es decir, se enlaza directamente con la disposición para identificar el momento de cuidado en el campo fenomenológico de la persona, donde Watson expresa que esto corresponde a la totalidad de la experiencia humana (5). Además, es un momento lleno de sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, sentido/significado de las percepciones que merecen y deben ser atendidos. Watson expresa que el enfermero y la enfermera necesitan estar al tanto de su propio conocimiento y la auténtica presencia al estar en el momento de cuidado con la persona (5).

Esto último, hace referencia a la disposición que tiene el enfermero o la enfermera para estar pendiente del sentir de la persona, de su estado de ánimo, dolor, necesidades de cuidado; para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Esto se refleja en los resultados, pues las personas hospitalizadas lograron identificar la existencia y cumplimiento de estos comportamientos. Estos resultados se pueden relacionar con otro estudio, en el cual las personas identifican que los enfermeros y enfermeras son capaces de identificar sus necesidades, mantener un trato cordial, tener buena disponibilidad cuando se les requiere y educar en salud (4).

Otra reflexión de importancia, es que los enfermeros y enfermeras participantes en su posición de pacientes, esperan recibir un cuidado lleno de delicadeza, amor, conocimiento y compasión. Además, dichos profesionales en enfermería que participaron en las sesiones, poseen claridad en el concepto de cuidado humanizado. Como menciona Watson, este es una acción encaminada con afecto, amor, expresión de sentimientos, interacción y objetivos terapéuticos (86).

Para continuar con la reflexión, los enfermeros y enfermeras participantes muestran gran orgullo por el trabajo que realizan, valoran la profesión, conocen su importancia y sienten empatía por las personas a las cuales les brindan servicios. Esto

es importante, porque destaca la Enfermería en la vida de las personas. De acuerdo con Watson, los quehaceres de las enfermeras y enfermeros resultan imprescindibles y se demuestran con habilidades de autocontrol, entusiasmo, motivación y de empatía (55).

Con base en lo anterior, la presencia de los enfermeros y enfermeras facilita alinear recursos anímicos que propician mayor habilidad en la resolución de problemas, en fomentar relaciones interpersonales armoniosas, aumentando así habilidades sociales, lo que ayuda a potenciar el rendimiento laboral (55). A su vez, son imprescindibles para lograr un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, que genere procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidados (100).

Otro aspecto destacable que parte de la reflexión y que ya fue mencionado, surge cuando los enfermeros y enfermeras participantes concientizan acerca de la importancia y valor de su trabajo, esto lo hacen consciente al tener una posición de persona hospitalizada que requiere los servicios enfermeros. Con base a esto y en relación a los Factores de Cuidado de Jean Watson, a medida que los enfermeros y enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos como personas, se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás (86). Es decir, el cambio de rol permite concientizar en la importancia de las acciones de la profesión y permite que en las interacciones los cuidados sean más cálidos, pues existe un mayor entendimiento de la experiencia y de la implicación física y espiritual que engloba la enfermedad.

Esto último se refiere a la disposición para la atención. Aca sobresalen todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado, tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana (85). El enfermero o la enfermera generan la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, ofrecen tiempo para escuchar a las personas, se comunican amablemente y establecen una relación empática.

Otra reflexión relevante, es que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos integrados con el conocimiento científico necesario para establecer la relación de cuidado (101). Esta

asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar (9). Esto último se complementa con un estudio que concluye que para que se de la conducta de cuidado humanizado es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua, con el objetivo de sensibilizar al personal de Enfermería desde un abordaje basado en valores humanos (20).

Como reflexión final, en la ciencia del cuidar, los enfermeros y enfermeras identifican que resulta imprescindible el estar bien consigo mismo para transmitir este bienestar a los demás, con la finalidad de proteger, engrandecer y preservar la dignidad humana (102). Este cuidado no solo requiere que la enfermera o el enfermero sean científicos, académicos y clínicos, sino también, que sean agentes de la humanización (86).

**CAPÍTULO VI:
CONSIDERACIONES
FINALES**

6.1. Limitaciones

A continuación, se exponen las principales limitaciones que se presentaron durante el desarrollo de la investigación:

- Dificultades en el manejo de herramientas digitales por parte de los enfermeros y enfermeras del hospital.
- Problemas de conectividad por parte de los investigadores y personal del hospital.

6.2. Conclusiones

A partir del desarrollo de la investigación se concluye lo siguiente:

- La percepción es un reflejo de la realidad de la persona y por ende, una respuesta humana. No está limitada, pero sí influenciada por factores como el entorno, sistemas de valores, emociones, pensamientos, capacidad de adaptación a cambios, concepto de cuidado, creencias, expectativas y la propia definición de ser *humano*.
- El cuidado humanizado se percibe y entiende como un valor; por ende, posee gran significancia en la realidad de una persona, es parte de sus motivaciones y expectativas, y el mismo está permeado por sus respuestas adaptativas. Además, es diverso y se experimenta de una forma compleja, pero única. No todas las personas pueden conectar de la misma manera para generar una relación terapéutica humanizada, pero los objetivos del cuidado son compartidos para el bien común, siempre guiados por las características y respuestas humanas de la persona que recibe el cuidado.
- El cuidado humanizado depende de una experiencia sensorial determinada de forma personal e interpersonal; es decir, la construcción de una interacción humanizada se desarrolla en un contexto determinado, con condiciones específicas de cada ser. En relación con esto, las expectativas de las personas pueden afectar la percepción sobre el cuidado humanizado cuando los estímulos recibidos no son gratificantes.
- Las cualidades del hacer de Enfermería representan el *ser* de la misma y se determinan por procesos de autoconocimiento, autoseguridad y autoconfianza de cada enfermero o enfermera, por lo que el nivel de autodesarrollo por parte de un enfermero o enfermera determina la confianza al momento de actuar y conectar con otro ser humano; por lo anterior, es necesario un trabajo personal de autoconocimiento que genere el equilibrio entre alma, mente y cuerpo: lo que se traducirá en herramientas para generar una interacción terapéutica con la (s) persona (s).

- La disposición de atención que tengan los enfermeros y enfermeras es un requisito fundamental para la apertura de la comunicación con las personas, donde es fundamental que los mismos y las mismas se presenten desde su ser y su esencia, no solamente en su existencia sino con algo tan básico como su nombre y su rol. Por ende, es importante llamar a las personas por su nombre e identificarlas por su ser y como seres emocionales.
- A pesar de que existen otras necesidades conceptuales en la aplicación del cuidado humanizado, la parte procedimental no deja de ser importante. Comunicar el procedimiento a realizar puede ser un factor influyente en el estado emocional de la persona cuidada.
- La relación de cuidado humanizado requiere de una puerta de entrada que permita la recopilación de información. Lo anterior se representa principalmente por la escucha activa, ya que permite la captación de la existencia de una persona. Es decir, ayuda a construir la idea general de la misma. Para lograrlo es necesario realizar acciones donde sobresalgan valores como la empatía, amabilidad, confianza y respeto; y donde se demuestre interés por brindar un cuidado cálido con acciones tan simples como preguntar el estado de ánimo.
- El tiempo para la realización de acciones terapéuticas entre enfermero(a) y persona es limitado, por lo que los momentos compartidos deben considerarse como primordiales. Es decir, cada momento de contacto define la experiencia que la persona percibe como cuidado, y a través de estos momentos, la persona continúa construyendo su propia conceptualización del mismo.
- Hay un riesgo latente en la deshumanización del cuidado especialmente en la interacción y comunicación entre el enfermero o enfermera y la persona. A su vez, el diálogo y dedicación de tiempo son factores fundamentales que deben mejorar a la hora de brindar cuidado humanizado. Esto hace referencia a la necesidad de reorientar la visión teórico conceptual del colectivo Enfermería, el cual sin duda alguna se destaca de manera adecuada en las acciones procedimentales; sin embargo, se deja de lado la esencia del ser sustentada en la respuesta e interpretación de las necesidades humanas.

6.3. Recomendaciones

A continuación, se enlistan las recomendaciones que surgen tras finalizar el proceso investigativo:

A la comunidad enfermera:

- Construir su propia identidad enfermera para que esta guíe su *ser* y *hacer*, y de esta forma entender la verdadera esencia de la Enfermería.
- Continuar con su labor diaria en la búsqueda de un eficiente cuidado humanizado ofrecido a las personas, enfatizando principalmente en los resultados menos favorables.
- Incentivar la realización de nuevas investigaciones acerca del cuidado humanizado, con el fin de transmitir los resultados obtenidos y seguir aportando con conocimientos actualizados a la disciplina.
- Entender el desarrollo de habilidades personales como una responsabilidad individual y profesional.

Al hospital privado:

- Continuar con los procesos de capacitación en temáticas de cuidado humanizado para lograr fomentar espacios de diálogo, reflexión y mejora en el personal de Enfermería.
- Aplicar el instrumento PCHE3 en diferentes grupos de personas y sin criterios de exclusión, con el objetivo comparar la percepción general del cuidado en Enfermería en toda la institución buscando estándares de calidad más altos en la prestación del cuidado de Enfermería.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica:

- Continuar enfatizando en principios bioéticos dentro de la enseñanza de la profesión, con el fin de brindar una formación basada en valores y que destaque el aspecto humanístico, espiritual y transpersonal en la formación de los

profesionales de la salud.

- Expandir la enseñanza de teorías dentro del plan de estudios, con el fin de tener una visión más amplia y conceptual en nuestro ser profesional.

Al Colegio de Enfermeras de Costa Rica:

- Brindar programas de educación continua donde se realicen actualizaciones en temáticas de cuidado humanizado.
- Crear conversatorios o conferencias en línea acerca de la temática de cuidado humanizado.
- Fomentar la creación de políticas que garanticen el cuidado humanizado en el accionar de todos los enfermeros y enfermeras.

A nuestros futuros colegas:

- No permitan que el tecnicismo y/o la visión patocéntrica los (as) consuman y los (as) hagan olvidar la verdadera esencia de la Enfermería. Construyan un mejor futuro disciplinar que impacte la percepción social de nuestra profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boulding W, Glickman SW, Manary MP, Schulman KA, Staelin R. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *Am J Manag Care*. [Internet] 2016 [citado 10 de septiembre del 2019];17(1):41-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21348567/>
2. Thomas T, Newcomb P, Fusco P. Perception of Caring Among Patients and Nurses. [Internet] 2019 [citado 10 de septiembre del 2019]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2374373518795713>
3. Aguayo Acuña F, Mella Moraga R. Significado práctico del concepto de Gestión del cuidado en las enfermeras que se desempeñan en la atención primaria en salud *Cienc Enferm*. [Internet] 2015 [citado 12 de septiembre del 2019];21(3):73-85. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300007 citado 15 de septiembre del 2019
4. Monje V, Miranda C, Oyarzún G, Seguel P, Flores G, et al. Percepción de cuidado humanizado de Enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Cienc Enferm* [Internet]. 2018 [citado 15 de septiembre del 2019];24. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532018000100205&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Inca M. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de Enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Internacional Sede San Borja. [Internet] 2017 [citado 17 de septiembre del 2019]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323347112.pdf>
6. Regina V. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia [Internet]. Diciembre [citado 18 de septiembre del 2019]; 23(4): 234-238. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009

7. Carrasco A, Delfino M, González P, Margel G, Pi M. El cuidado humano: Reflexiones (interdisciplinarias. [Internet] 2011 [citado 25 de septiembre del 2019]; 102 p. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9624>
8. Olivé C. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la Enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. Salus [Internet]. 2015 [citado 27 de septiembre del 2019] ; 19(3);20-26. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000300005&lng=es.
9. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown; 1979.
10. Barragan E. Análisis de la Aplicación del Cuidado Humanizado en los Pacientes del Post-Operatorio del Hospital by Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo PUCE SD - issuu [Internet]. 2017 [citado 30 de septiembre del 2019]. Disponible en: https://issuu.com/pucesd/docs/barragan_molina_disertaci_n
11. Ferreira Umpiérrez A, Galdames Cabrera L. Red internacional de gestión del cuidado de Enfermería: alcances y desafíos en el marco de la Cobertura Universal de Salud. Rev Cuba Enferm. [Internet] 2017 [Citado 10 de octubre del 2019]33(1):190-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100020
12. García E. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario - Metas de Enfermería [Internet]. 2014 [citado 10 de octubre del 2019]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/humanizar-la-asistencia-en-los-grandes-hospitales-un-reto-para-el-profesional-sanitario/>
13. Salazar Cribillero M. Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado de enfermería a pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica

- Internacional Sede San Borja – 2015. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2016 [citado 11 de octubre del 2019]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5582>
14. Guerrero R, Meneses M, Cruz M. Cuidado humanizado de Enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Revista Enfermeria Herediana.[Internet] 2017 | [citado 12 de octubre del 2019] Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017>
15. Nogueira R. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto [Internet]. 2018 [citado 13 de octubre del 2019]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000100048&script=sci_abstract&tIng=pt
16. Ceballos P. Desde los ámbitos de Enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc. Enferm.[Internet]. 2010 [citado 15 de octubre del 2019]; 16(1): 31-35. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004
17. Caja Costarricense de Seguro Social. Manual normativo de programa institucional de estándares dirigido a los tres niveles de atención. [Internet] 2016. [citado 20 de octubre del 2019]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/estandaressalud.pdf>
18. Sistema Costarricense de Información Jurídica [Internet].2015 [citado 25 de octubre del 2019]. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=74618&nValor3=102464&strTipM=TC
19. López B, M V. Atributos del cuidado humanizado de Enfermería en personal asistencial. [Internet]. 2014 [Citado 30 de octubre del 2019]; Disponible en: <http://repositorio.ual.es/handle/10835/2601>
20. Pozo MD. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. José Luís Medina. Cult Los Cuid Rev Enferm

Humanidades. [Internet] 2002 [Citado 2021 abril 22];(11):96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5481563>

21. Joven ZM, Guáqueta Parada SR. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería. Av En Enferm. [Internet]. 2019 [Citado 5 de noviembre del 2019];37(1):65-74. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002019000100065&script=sci_abstract&lng=es
22. Campiño S, Cardozo V, Duque P, Cardozo-Arias VH. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de Enfermería. Univ Salud.[Internet]. 2019 Agosto;21(3):215-25. [citado 10 de noviembre del 2019]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v21n3/2389-7066-reus-21-03-215.pdf>
23. Rodríguez L, Carrillo E, Torres K, Ortiz K, Meza K, Capacho M, et al. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. Rev Cienc Cuid. [Internet]. 2015 [Citado 11 de noviembre del 2019];12(1):105-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5243988>
24. Yáñez M, Vargas E. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos, desafíos para enfermería. Pers Bioét. [Internet]. 2018 [citado 5 de enero del 2020]; 02 ;22(1):56-75. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222018000100056&lng=pt.
25. Kuntarti, Rustina Y, Umar J, Irawati D. Concept analysis of caring personality for nursing: A review. Pertanika J Soc Sci Humanit. [Internet] 2020 [Citado 8 de enero del 2020];28(4):2485-504. Disponible en: <https://scholar.ui.ac.id/en/publications/concept-analysis-of-caring-personality-for-nursing-a-review>
26. Ramírez N. Abordaje conceptual del cuidado para mejorar la práctica de Enfermería. [Internet] 2016 [citado 15 de enero del 2020];2016:66-71. Disponible

en:

https://www.researchgate.net/publication/307475042_Abordaje_conceptual_del_cuidado_para_mejorar_la_practica_de_Enfermeria_RESUMEN_Articulos_Origin_ales

27. Ramirez N, Vilchez V, Muñoz, D. El cuidado como un proceso de interacción y anticipación humana. *Index Enferm.* [Internet]. 2019 [citado 20 de enero del 2020]; 28(4): 194-198. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300007
28. Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. *Rev Enferm En Costa Rica* 32137-42 [Internet]. 2011 [citado 25 de enero del 2020]. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/28898>
29. Pelaes J. Humanización de Enfermería. [Internet] 2018 [citado 15 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://www.larepublica.net/noticia/humanizacion-de-la-enfermeria-es-tema-central-de-congreso>
30. Centro de humanización en salud. El CEHS promueve las «competencias blandas» y la humanización de la salud en Costa Rica. [Internet]. 2018 [citado 18 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://www.humanizar.es/noticias/vista-individual-noticia/article/el-cehs-promueve-las-competencias-blandas-y-la-humanizacion-de-la-salud-en-costa-rica.html>
31. Rodríguez I. El Premio Magón reconoce trato humanizado a pacientes - La Nación [Internet]. 2017 [citado 25 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://www.nacion.com/ciencia/salud/premio-magon-reconoce-trato-humanizado-a-pacientes/TIUPG7N3BJFU7OSI64OYCYYNBA/story/>
32. Plasencia V. Ser humano: un proyecto inconcluso. [Internet]. 2017 Noviembre [citado 25 de marzo del 2020]. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/14906/1/Ser%20humano.pdf>

33. Blanco L. *Ética integral*. ECOE EDICIONES. [Internet] 2013 [citado 26 de marzo del 2020]. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=uXIAAgAAQBAJ>
34. Carlson S. El sentido de la fenomenología en Marc Richir y en Edmund Husserl: Prolegómenos metodológicos para una aproximación a la fenomenología no. *Eikasia Rev Filos.* [Internet]. 2014 [citado 27 de marzo del 2020];(58):11-40. Disponible en: <https://revistadefilosofia.org/58-00.pdf>
35. Trejo MF. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de Enfermería. *Enf. Neurol.* [Internet]. 2012 [citado 28 de marzo del 2020] ;11(2):98-101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38130>
36. Heidegger M. *Introducción a la Fenomenología de religión*. [Internet]. México: Siruela; 2008. [citado 14 de abril del 2020]. Disponible en: <https://filosofiadelareligion.files.wordpress.com/2012/09/heidegger-introduccion-a-la-fenomenologia-de-la-religion.pdf>
37. Ramírez N, Suazo S. Significado del concepto cuidado en dos grupos de trabajadores (as) Chilenos (as). *Rev. costarric. salud pública* [Internet]. 2015 [citado 20 abril del 2020]; 24 (1): 06-18. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292015000100002&lng=en.
38. Guevara B, Evies A. El cuidado de Enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 [citado 21 de abril del 2020]; 13(33): 318-327. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100016&lng=es.
39. Moreno M. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de Enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2013 [citado 15 de mayo del 2020];13(2): 146-147. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000200001&lng=en.1

40. Espinosa A., Enrique C, Leiva F. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en Enfermería. Cienc. enferm.[Internet]. 2015 [citado 15 de mayo del 2020]; 21(2):39-49. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200005>.
41. Castilla C. Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. HP [Internet]. 2006 [citado 20 de mayo del 2020];8(1). Disponible en: <https://horizontespedagogicos.iberro.edu.co/article/view/08101>
42. Pecho M. Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados en el Hospital “Augusto Hernández Mendoza”. [Internet] 2017 [citado 3 de junio del 2020]. Disponible en: <https://1library.co/document/yng61v0z-percepcion-humanizado-pacientes-hospitalizados-hospital-augusto-hernandez-mendoza.html>
43. Vergel L, Zequeira L, Miranda DM, Guerra AJ. La percepción del cuidado en profesionales de Enfermería. Rev Cuba Enferm. [Internet] 2010 [citado 15 de junio del 2020];26(1):30-41. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-575725>
44. Guardia N. Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana. [Internet]. 2009. [citado 16 de junio del 2020] Disponible en: https://ceccsica.info/sites/default/files/content/Volumen_25.pdf
45. Rizo, M. La interacción y la comunicación desde los enfoques de la psicología social y la sociología fenomenológica. Breve exploración teórica. UAB. [Internet]. 2006 [citado 20 de junio del 2020] Disponible en: <https://ddd.uab.cat/pub/analisi/02112175n33/02112175n33p45.pdf>
46. Arratia A. Investigación y documentación histórica en Enfermería. Portal BVS. [Internet] 2015 [Citado 3 de julio del 2020] ;14(4):567-74. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14347>
47. Moreno ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de Enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana.

- Aquichan [Internet]. 2005 [Citado 15 de julio del 2020]; 5(1):44-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=en
48. Grupo Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2015: Mente, sociedad y comportamiento. [Internet] 2015 [Citado 1 de agosto del 2020]. Disponible en: <https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Publications/WDR/WDR%202015/Overview-Spanish.pdf>
49. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Salud Uninorte. [Internet] 2009 [Citado 15 agosto del 2020] 25 (1): 172-178. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a14.pdf>
50. Robinson Z. Caring in Nursing Classics: An Essential Resource. Sprin. Publi. Comp.y Wat. Car. Sci. Inst.[Internet] 2012 [Citado 20 de agosto del 2020] 26 (4): 380-382. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0894318413500405>
51. Gil T, Gimeno L. González R. Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la Enfermería en España. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2006 [citado 1 de septiembre del 2020];15(1): 155-161. Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100020&lng=en.
52. Amariles L. La humanización, el cuidado humanizado y la formación ciudadana: Reconocimiento del desarrollo formativo en el programa de Enfermería. Univ. de Cald. [Internet] 2016 [Citado 15 de setiembre del 2020] Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1967/Luis%20Fernando%20Amariles.pdf?sequence=1>
53. Álvarez L. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. En Enferm. [Internet] 2007 [Citado 28 de setiembre del 2020] ;25(1):56-68. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901>

54. Fernandes G, Barbosa, M Prado. La interface entre la fenomenología y el cuidado de Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2007 [citado 1 de octubre del 2020]; 16(58): 55-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300012&lng=es.
55. Machín E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2015 [citado 15 de octubre del 2020]; 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es.
56. Asamblea Legislativa de Costa Rica. Ley General de Salud 5395. [Internet] Costa Rica: AL; 2014 [citado 16 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2015/LEY-5395.pdf>
57. Ramirez L. Perfil del y la Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención. [Internet]. San José: Costa Rica; 2016. [citado 20 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://www.Enfermeria.cr/project/docs/reglamentos/Perfil%20del%20y%20la%20Profesional%20de%20Enfermeria%20en%20el%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf>
58. Sanchez A, Piedra J, Diaz L, Vásquez L, Quesada R, Hernandez R, Mata R. Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los 3 Niveles de Atención. [Internet]. Costa Rica: CCSS; 2016. [citado 1 de noviembre del 2020]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/enfermeria1.pdf>
59. Poveda MR. Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica. [Internet] Costa Rica: Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica; 2015 [citado 18 de noviembre del 2020] Disponible en: http://www.asamblea.go.cr/DYD/Mario_Redondo/documentos_relevantes/Proyec

to%20Ley%20para%20proteger%20a%20la%20mujer%20embarazada%20y%20sancionar%20la%20violencia%20obst%C3%A9trica.pdf

60. Universidad de Costa Rica. Reglamento General de los Trabajos Finales de Graduación en Grado para la Universidad de Costa Rica. [Internet] Costa Rica: UCR: 2018 [citado 15 de diciembre del 2020] Disponible en: www.cu.ucr.ac.cr
61. Canales H, Alvarado L, Pinea B. Metodología de la Investigación. [Internet] EEUU: OPS [citado 16 de diciembre del 2020] Disponible en: <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>
62. Lavrakas PJ. Census. Encyc. of Surv. Research Meth. [Internet] United States of America: Sage Publications; 2008. [citado 4 de enero del 2021]. Disponible en: <http://methods.sagepub.com/reference/encyclopedia-of-survey-research-methods/n61.xml>
63. Baffour B, King T, Valente P. The Modern Census: Evolution, Examples and Evaluation. Int Stat Rev. [Internet] 2013 [Citado 6 de enero del 2021] Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/43299644?seq=1>
64. Denise FP, Cheryl TB. Investigación en Enfermería. 9na Edición. Barcelona (España): Wolters Kluwer; 2018
65. Montañó D, Román J. Trastornos psiquiátricos inducidos por medicamentos. Rev. Cient. de Cien. Méd. [Internet] 2011 [citado 8 de enero del 2021];14(1): 21-24. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332011000100007&lng=es.
66. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo. Guía de Práctica Clínica GPC. [Internet] 2012 [Citado 20 de enero del 2021] IMSS-144-08. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>

67. González O. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería 3ª versión”. Aquichan. [Internet] 2015 [citado 10 de febrero del 2021]; 15(3): 381-392. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n3/v15n3a06.pdf>
68. Aigner M. Diseños cuantitativos: Análisis e interpretación de datos. Univ. de Antioquia. [Internet] 2014 [Citado 15 de febrero del 2021] Disponible en: http://recursos.salonesvirtuales.com/assets/bloques/Aigner_analisisdatos.pdf
69. Álvarez C, Monge C. Metodología de la Investigación cuantitativa y cualitativa: Guía didáctica. Univ. de Surcolombia. [Internet] 2017 [Citado 26 de febrero del 2021] Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>.
70. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. [Internet] 1999 [citado 27 de febrero del 2021] Disponible en: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf
71. Colegio de Enfermeras de Costa Rica, Código De Ética y Moral Profesional. [Internet]. Costa Rica; 2007. [citado 3 de marzo del 2021. Disponible en: https://www.enfermeria.cr/project/docs/reglamentos/Codigo_Etica_Gaceta20090127.pdf
72. González B. Satisfacción de los pacientes sobre el cuidado humanizado de la enfermera en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital General María Auxiliadora Lima-Perú. [Internet] 2014. [citado 3 de marzo de 2021]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13405/Gonzales_Baldarrago_Karla_Giuliana_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
73. López M. Cuidado humanizado de Enfermería y satisfacción del usuario atendido en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa. [Internet] 2017 [citado 3 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8662/L%C3%B3pez>

z_MAM.pdf?sequence=1

74. Navarro CL, Gómez SC, Schmitt VG, Figueroa PG, Araya CL, Toro JP, et al. Cuidado Humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile. *Enferm Cuid Humaniz.* [Internet] 2014 [citado 3 de marzo de 2021]; 3(2):12-21. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8662/L%C3%B3pez_MAM.pdf?sequence=1
75. Chang J. Cuidado humanizado de Enfermería según opinión de las personas viviendo con Virus de la Inmunodeficiencia Humana en estado de SIDA. *Rev Cienc Arte Enferm.* [Internet] 2017 [citado 3 de marzo del 2021];2:40-6. Disponible en: <http://www.cienciaenfermeria.org/index.php/rcae/article/view/28>
76. Gutiérrez L. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en servicios de medicina. *ACC CIETNA Rev Esc Enferm.* [Internet] 2018. [citado 10 de marzo del 2021];6(2):68-82. Disponible en: <http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/258>
77. Gavidia G, Geraldine L. Satisfacción de pacientes frente a calidad de cuidado de enfermería en observación del servicio de emergencia del Hospital Belén Trujillo. *Univ Nac Trujillo.* [Internet] 2019 [citado 10 de marzo del 2021] Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11802>
78. Romero E, Contreras I. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia Promoc Salud.* [Internet] 2016 [citado 10 de marzo del 2021];0121-7577(2462-8425):26-36. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11802>
79. Benjumea C. El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Invest. educ. enferm.* [Internet] 2007. [citado 10 de marzo del 2021] 25(1), 106-112. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072007000100012&script=sci_arttext
80. Falco A. Cuidar los valores y principios éticos propios de la enfermería. *ScienceDirect.* [Internet] 2005 [citado 11 de marzo del 2021]. Disponible en:

81. Leonel A, Fajardo G, López E, Hernández J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Rev Enferm Neurológica*. [Internet] 2012 [citado 12 de marzo del 2021];11(3):138-41. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf>
82. Ramírez C, Rodríguez M, Perdomo A. El consuelo de María: una enseñanza de cuidado desde la teoría de Watson. *Index Enferm*. [Internet] 2016 [23 de marzo del 2021];25(1-2):27-32. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962016000100007
83. Gijon M. Instrumentos que miden la comunicación enfermera-paciente. *Enferm. Univ*. [Internet] 2019 [citado 24 de marzo del 2021]; 16(3):303-312. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000300303&lng=es. Epub 11-Feb-2020.
84. Rocha T, Faria S. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. *Enferm Glob*. [Internet] 2013 [citado 24 de marzo del 2021];12(30):76-90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200005
85. Naranjo C, Ricaurte P. La comunicación con los pacientes. *Investig Educ En Enferm*. [Internet] 2006 [citado 24 de marzo del 2021];24(1):94-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215400009.pdf>
86. Urra E, Jana A, García V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de Cuidados Transpersonales. *Cienc Enferm*. [Internet] 2012 [citado 25 de marzo del 2021];17(3):11-22. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002

87. Rueda G. Las emociones en la práctica enfermera. Dialnet. [Internet]. 2014 [citado 25 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=89397>
88. Arredondo P, Siles J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm. [Internet] 2009 [citado 25 de marzo del 2021] ;18(1):32-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007
89. Soto P, Masalán P, Barrios S. La educación en salud, un elemento central del cuidado de Enfermería. Rev Médi. Clín. Las Condes [Internet] 2018 [citado 25 de marzo del 2021];29(3):288-300. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2018/06/La-educaci%C3%B3n-en-salud-un-elemento-central-del-cuidado-de-Enfermer%C3%ADa.-Rev.-Med.-Clin.-Condes-2018.pdf>
90. Ventocilla F. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería en el Servicio de Observación del Hospital de Emergencia Casimiro Ulloa 2015 [Internet]. 2017 [citado 30 de marzo]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6302>
91. Gomez, M. Percepción del cuidado humanizado de Enfermería por parte del paciente adulto con enfermedad oncológica hospitalizado en una IPS de IV nivel. Semantic Scholar [Internet]. 2018. [citado 30 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Percepci%C3%B3n-del-cuidado-humanizado-de-enfermer%C3%ADa-por-Tinoco-Enfermer%C3%ADa/eb2026862707148d9ef75239a6a8e4812efe0b19>
92. Monje V. Miranda C. Oyarzún G. Seguel F. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. Cienc Enferm [Internet]. 2018 [citado 06 de abril de 2021];24. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532018000100205&lng=es&nrm=iso&tlng=es

93. Braga M. Apoyo Emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. [Internet]. 2012. [citado 06 de abril del 2021]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
94. Blasco M, Ortiz R. Ética y valores en enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2016 [citado 06 de abril del 2021];24(2):145-9. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
95. Acosta S, Velasco D. Percepción del cuidado humanizado en enfermería una revisión bibliográfica. [Internet] 2019. [citado 06 de abril del 2021]. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/2856>
96. Olivé C. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. Salus. [Internet]. 2015 [citado 06 de abril del 2021] ; 19(3);20-26. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000300005&lng=es.
97. Hernández R, Moreno M, Cheverría S, Landeros M, Interrial G. Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y privada. Index Enferm. [Internet] 2017 [citado 10 de abril del 2021] ;26(3):142-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200005
98. Mamani F, Tejada G, Ponce C, Sayco Y. Las habilidades sociales y comunicación interpersonal de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano. [Internet] 2016 [citado 10 de abril del 2021];11. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2219-71682016000200001
99. Canga A, Esandi N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. An Sist Sanit Navar. [Internet] 2016 [citado 10 de abril del 2021];39(2):319-22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v39n2/16_cartas1.pdf
100. Nieves C, Celdrán M. El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes

- teóricos en enfermería. Index Enferm [Internet]. 2012 [citado 10 de abril del 2021]; 21(3): 160-164. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200011&lng=es.
101. Jesus T. Cuidado Humanizado al Adulto Mayor: Teoría de Jean Watson [Internet]. 2014. [citado 17 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.alzheimeruniversal.eu/2014/12/13/cuidado-humanizado-al-adulto-mayor-teoria-de-jean-watson/>
102. Juarez, P, García-Campos M. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm IMSS. [Internet] 2009 [citado 17 de abril del 2021];17(2):113-115. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24975#:~:text=El%20cuidado%20de%20los%20pacientes,la%20relaci%C3%B3n%20terap%C3%A9utica%20enfermera%2Dpaciente>.
103. Castellanos S, Esperanza R. La reflexión docente y la construcción de conocimiento: una experiencia desde la práctica. [Internet]. Bogotá: Colombia; 2013. [citado 1 de mayo del 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2013000200006
104. Angulo N. El ensayo: algunos elementos para la reflexión. [Internet]. México DF: México; 2013. [citado 1 de mayo del 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732013000100007
105. Chacón M. La reflexión y la crítica en la formación docente. [Internet]. Venezuela; 2006. [citado 1 de mayo del 2021]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102006000200017#:~:text=La%20reflexi%C3%B3n%20se%20asume%20como,profundizar%20desde%20el%20cuestionamiento%20propio%2C
106. Merodio E. Planificación Estratégica. [Internet]. .Buenos Aires: Argentina;

2012. [citado 1 de mayo del 2021]. Disponible en:
<https://eduardomerodio.wordpress.com/category/articulos/page/2/>

107. Sanchez J. Aguayo C. Galdames L. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. [Internet]. Santiago: Chile; 2017. [citado 1 de mayo del 2021]. Disponible en:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091/296>

108. David, F. *Strategic Management*, 4th Ed. New York, NY: Macmillan Publishing Company; 1993

ANEXOS VIII

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en personas hospitalizadas en un hospital privado.

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre de los investigadores principales: Efrín Josué Arias Corella, Gary Jafeth Calderón Picado, Melissa Eugenia Solano Morales y Tatiana Lucía Vega Mondragón

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante:

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre los comportamientos de cuidado humanizado que brindan los enfermeros y enfermeras en los servicios de hospitalización. Esta investigación es realizada por Efrín Josué Arias Corella, Gary Jafeth Calderón Picado, Melissa Eugenia Solano Morales y Tatiana Lucía Vega Mondragón, estudiantes de quinto año de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica. El propósito de esta investigación es analizar la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en usuarios y usuarias de un hospital privado, mediante la utilización del instrumento “Percepción de los Comportamientos de Cuidado

Humanizado en Enfermería PCHE Clinicountry 3a versión” de Rivera, Triana y Espitia. Se busca generar evidencia de la necesidad de la humanización en el cuidado brindado, Además, conocer los elementos que giran en torno al cuidado humanizado como elemento principal de la atención de Enfermería.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

Sí acepta participar en esta investigación, se le solicitará llenar de forma digital el instrumento “Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería PCHE Clinicountry 3a versión” de 32 ítems que describen los comportamientos de cuidado del personal de Enfermería que lo está atendiendo; usted los calificará si considera que estos se evidencian “siempre”, “casi siempre”, “algunas veces” o “nunca”. Habrá un espacio final para comentarios y/u opiniones acerca de la misma temática. Este instrumento deberá ser llenado una única vez, no deberá tomarle más de 30 minutos de su tiempo y puede ser completada en una tablet, computadora, teléfono inteligente u otro dispositivo electrónico, según su elección de preferencia. Posteriormente, la información será analizada por el personal investigador y será utilizada como parte de la discusión del presente estudio. Toda la información es confidencial y será resguardada en una base de datos con contraseña, la cual será resguardada por la Universidad de Costa Rica todo el tiempo. Al finalizar la investigación, los resultados de la misma serán publicados, tanto física como virtualmente, pero sus datos se mantendrán en confidencialidad, con lo cual sus datos personales no serán publicados.

C. RIESGOS

El participar en esta investigación puede significar inconvenientes y/o molestias para usted como incomodidad, ansiedad, riesgo de la pérdida de la privacidad, riesgo de pérdida de la confidencialidad y agotamiento mental. Ante eventuales molestias puede tomar el tiempo que necesite y realizar pausas, así como retirarse cuando lo desee.

D. BENEFICIOS

Al finalizar la investigación la persona participante NO obtendrá ningún beneficio directo. El estudio contribuirá en el mejoramiento y fortalecimiento del cuidado humanizado brindado por enfermeros y enfermeras, lo cual influenciará de manera positiva el trato y la estancia de las personas que a futuro ingresen a los servicios de hospitalización. Además, el tiempo que usted dedique brindará información necesaria para que se genere retroalimentación tanto para los servicios de salud como para el personal investigador.

E. VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es voluntaria y puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin ninguna penalidad y/o castigo.

F. CONFIDENCIALIDAD

Se garantiza un estricto manejo y confidencialidad de la información, la cual será almacenada en una carpeta confidencial en la plataforma de Google Drive del equipo investigador; se hará un respaldo de la misma en un disco duro de acceso restringido para personas externas a la investigación. Aquellas encuestas que sean llenadas en formato físico, serán almacenadas bajo llave en la oficina del director de la investigación, Noé Ramírez Elizondo. En todo momento se mantendrá el anonimato, garantizando su derecho a la intimidad y a la propia imagen. Los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación. Cualquier uso futuro de los resultados de la investigación será factible, siempre y cuando se mantenga el anonimato de los participantes. Efrín Josué Arias Corella, Gary Jafeth Calderón Picado, Melissa Eugenia Solano Morales, Tatiana Lucía Vega Mondragón, Noé Ramírez Elizondo (director de la investigación) y Flor María Montiel Matarrita (gerente de Enfermería del hospital), serán las únicas personas con acceso a los registros para verificar los datos de la investigación. El/la participante podrá acceder a la información obtenida al finalizar la investigación tanto de manera física como digital, posterior a su publicación.

G. INFORMACIÓN

Antes de aceptar participar en esta investigación debe hablar con las personas responsables de la investigación o sus colaboradores y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando o preferiblemente escribiendo por mensaje directo al PhD. Noé Ramírez Elizondo al teléfono 84011979 de lunes a viernes de 8am a 4pm y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica al teléfono al 25112111 de lunes a viernes de 8am a 4pm. Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

I. El participante NO perderá ningún derecho por firmar este documento y podrá descargar el mismo para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

***Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.**

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Versión junio 2017

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.

INSTRUMENTO: PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) 3era versión

Apreciado(a) señor(a): A continuación, le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado de enfermeros(as). En frente a cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponde, a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Le hacen sentir como una persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le tratan con amabilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le miran a los ojos, cuando le hablan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le generan confianza cuando lo(la) cuidan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le facilitan el diálogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le explican previamente los procedimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dedican el tiempo requerido para su atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le llaman por su nombre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le demuestran respeto por sus creencias y valores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manifiestan que están pendientes de usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responden oportunamente a su llamado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le escuchan atentamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le brindan un cuidado cálido y delicado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudan a manejar su dolor físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le demuestran que son responsables con su atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le respetan sus decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le respetan su intimidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tabla 7. Promedio de medición de ítems.

Ítem	Promedio
Categoría uno. Cualidades del hacer de Enfermería.	
1. ¿Le hacen sentir como una persona?	3.76
2. ¿Le tratan con amabilidad?	3.55
6. ¿Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted?	3.48
7. ¿El personal de Enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted?	3.52
8. ¿Le generan confianza cuando lo(la) cuidan?	3.48
15. ¿Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado?	3.55
17. ¿Le demuestran respeto por sus creencias y valores?	3.52
Categoría dos. Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente.	
4. ¿Le miran a los ojos, cuando le hablan?	3.45
5. ¿Le dedican tiempo para aclarar sus inquietudes?	3.38
9. ¿Le facilitan el diálogo?	3.50
10. ¿Le explican previamente los procedimientos?	3.57
11. ¿Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas?	3.33
12. ¿Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos?	3.45
14. ¿Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud?	3.45
19. ¿Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud?	3.45
Categoría tres. Disposición para la atención.	
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización	3.29
13. ¿Le dedican el tiempo requerido para su atención?	3.76
16. ¿Le llaman por su nombre?	3.52
18. ¿Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)?	3.62
20. ¿Le manifiestan que están pendientes de usted ?	3.31
21. ¿Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento?	3.52
22. ¿Responden oportunamente a su llamado?	3.24
23. ¿Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual?	3.33
24. ¿Le escuchan atentamente?	3.57
25. ¿Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo?	3.00
26. ¿Le brindan un cuidado cálido y delicado?	3.48
27. ¿Le ayudan a manejar su dolor físico?	3.52
28. ¿Le demuestran que son responsables con su atención ?	3.57
29. ¿Le respetan sus decisiones ?	3.57
30. ¿Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar?	3.71
31. ¿Le respetan su intimidad?	3.88
32. ¿Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico ?	3.64

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

Tabla 8. Puntuaciones individuales según categoría.

Persona	Categoría uno	Categoría dos	Categoría tres	Total
1	28	32	68	128
2	28	32	68	128
3	28	32	68	128
4	25	25	59	109
5	27	31	60	118
6	28	31	63	122
7	28	32	68	128
8	21	23	41	85
9	13	15	32	60
10	20	21	46	87
11	0	0	0	0
12	28	32	68	128
13	26	30	61	117
14	28	31	66	125
15	24	27	56	107
16	28	30	65	123
17	27	27	65	119
18	14	16	37	67
19	28	32	68	128
20	21	22	44	87
21	26	32	65	123
22	27	31	67	125
23	10	12	26	48
24	28	32	68	128
25	27	30	56	113
26	28	32	67	127
27	28	32	68	128
28	28	31	68	127
29	25	25	64	114
30	25	30	58	113
31	28	32	67	127
32	28	32	64	124
33	28	32	68	128
34	13	13	32	58
35	22	20	47	89
36	28	30	67	125

37	28	32	68	128
38	28	21	65	114
39	26	28	60	114
40	28	32	66	126
41	28	32	68	128
42	28	32	67	127
43	25	32	64	121
Promedio	25.24	28.00	59.83	113.07

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

Tabla 9. Moda de las puntuaciones recibidas en los ítems de la categoría uno

Ítem	Medida de percepción			
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
1	35	4	3	0
2	27	11	4	0
6	30	7	4	1
7	32	4	4	2
8	30	7	2	3
15	29	7	4	2
17	35	4	3	0
Porcentaje	74.15%	14.97%	8.16%	2.72%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

Tabla 10. Moda de las puntuaciones recibidas en los ítems de la categoría dos

Ítem	Medida de percepción			
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
4	29	3	5	2
5	28	5	6	1
9	26	6	6	0
10	29	6	6	3
11	30	6	3	1
12	29	3	4	2
14	30	4	4	2
19	30	4	5	4
Porcentaje	68.75%	11.01%	11.61%	4.46%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados

Tabla 11. Moda de las puntuaciones recibidas en los ítems de la categoría tres

Ítem	Medida de percepción			
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
3	27	8	7	0
13	28	7	6	1
16	27	8	3	4
18	29	8	4	1
20	27	7	5	3
21	32	4	4	2
22	22	12	6	2
23	30	4	4	4
24	28	10	4	0
25	26	4	5	7
26	28	8	5	1
27	29	8	4	1
28	31	6	4	1
29	33	4	3	2
30	35	4	2	1
31	38	3	1	0
32	33	5	3	1
Porcentaje	70.45%	15.41%	9.80%	4.34%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

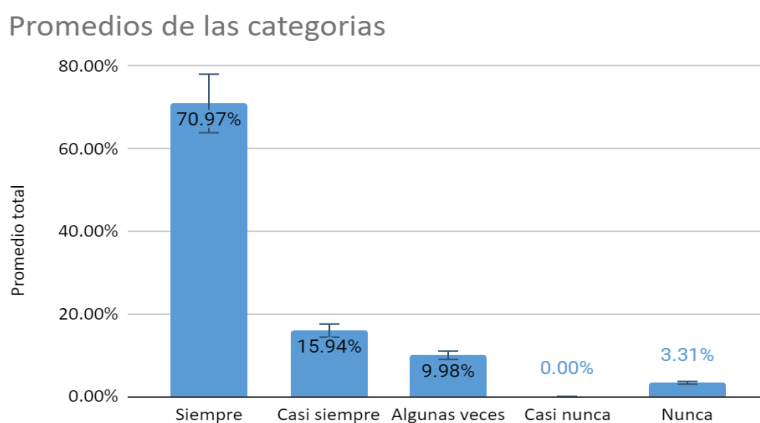


Gráfico 3. Promedio de medición de todas las categorías.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

Tabla 12. Matriz: Cualidades del hacer de Enfermería

Actividad	Objetivos	Item	Justificación	Metodología	Tiempo	Responsables
Presentación de resultados de Categoría 1.	Dar a conocer las oportunidades de mejora identificadas, así como los ítems con mejor puntaje.	1,2,6,7,8,15,17	Iniciar el espacio reflexivo mediante la presentación de los resultados, lo cual permitirá contextualizar el objetivo de la sesión, ítems fuertes y aquellos que presentan una oportunidad de mejora.	Se expondrá el motivo por el cual se desarrolla el proyecto y de donde surge el cuestionario que fue enviado a las personas y posteriormente se proyectarán los resultados de la primera categoría.	5 minutos	Josué Arias Gary Calderón Melissa Solano Tatiana Vega
Reflexión sobre resultados.	Reflexionar acerca de los resultados presentados anteriormente.		La reflexión permite valorar lo realizado para de esta forma definir la viabilidad al favorecer la reorientación de las propias acciones de modo justificado a partir de la observación de lo ocurrido y generar conciencia acerca de lo que ha incidido en ello (103).	En relación a los datos expuestos se realizarán preguntas generadoras tales como: -¿Qué sentimientos le generan los resultados? -¿Qué elementos o factores contribuyen a esos resultados?	15 minutos	
Exposición breve acerca de la categoría	Exponer las principales características	2,7,8,15	Mediante la exposición de la temática de forma oral, se permite a las personas que escuchan generar	Se proyectará una presentación mediante la herramienta "Canva", la	10 minutos	

a abordar.	de las cualidades del hacer de Enfermería		momentos de reflexión a través de la dinámica de traspaso de ideas nuevas que pueden ser ideas factibles, debatibles, ilusorias, entre otras. Se busca a través de esta técnica utilizar la argumentación a través de hechos, para hacer un uso lingüístico con el fin de convencer y persuadir a las personas a generar momentos de reflexión sobre la temática (104).	cual contendrá los siguientes temas: -Le tratan con amabilidad. -Le hacen sentir tranquila (o) cuando están con usted. -Le generan confianza cuando lo (la) cuidan. -Le explican los cuidados usando un tono de voz.		
Propuesta de mejora.	Reflexionar acerca de las oportunidades de mejora y las acciones que se pueden hacer de forma individual para ser mejor.	1,2,6,7,8,15,17	La reflexión corresponde a un proceso de revisión, el cual implica pensar y abstraerse para observar y debatir consigo mismo y de esta forma explicar las propias acciones. Es a su vez un proceso en el cual se mira críticamente lo que se hace, se justifica cada una de las decisiones tomadas y se profundiza desde el cuestionamiento propio, a fin de rectificar o tomar decisiones que pretenden en todo caso, mejorar las acciones (105).	Se hará una pregunta generadora, con el objetivo de reflexionar sobre las oportunidades de mejora que se identifiquen. Las personas podrán compartirlas al grupo o bien, hacer la reflexión de manera interna. Pregunta: ¿Cómo puedo mejorar?	10 minutos	
Cierre.		2,7,8,15	El cierre de una actividad permite acentuar las impresiones positivas de una actividad y relativizar las negativas. El mismo sirve para el resumen, la orientación de los participantes hacia los resultados y la	Se hará mediante preguntas generativas en relación a los temas propuestos, donde se buscará que las personas reflexionen e inspeccionen las acciones que realizan	5 minutos	

			aclaración con respecto a la transferencia desde la actividad hasta el entorno social del participante (106).	en su labor. Las preguntas serían: -¿El cuidado es la esencia de lo que hago? -¿Hago sentir a los demás como personas? -¿Las personas se sienten tranquilas y confiadas bajo mi cuidado?		
--	--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13. Matriz: Apertura de la comunicación enfermero (a) - paciente

Actividad	Objetivos	Item	Justificación	Metodología	Tiempo	Responsables
Presentación de resultados de Categoría 2.	Dar a conocer las oportunidades de mejora identificadas, así como los ítems con mejor puntaje	4,5,9,10, 11, 12, 14,19.	Iniciar el espacio reflexivo mediante la presentación de los resultados, lo cual permitirá contextualizar el objetivo de la sesión, ítems fuertes y aquellos que presentan una oportunidad de mejora.	Se proyectarán los resultados de la segunda categoría mediante la plataforma zoom.	5 minutos	Josué Arias Gary Calderón Melissa Solano Tatiana Vega

Reflexión sobre resultados.	Reflexionar acerca de los resultados presentados anteriormente.		La reflexión permite valorar lo realizado para de esta forma definir la viabilidad al favorecer la reorientación de las propias acciones de modo justificado a partir de la observación de lo ocurrido y generar conciencia acerca de lo que ha incidido en ello (103).	En relación a los datos expuestos se realizarán preguntas generadoras tales como: -¿Qué sentimientos le generan los resultados? -¿Qué elementos o factores contribuyen a esos resultados? -¿Por qué si la comunicación tiene elementos tan básicos, se vuelve tan compleja?	15 minutos	
Exposición breve acerca de la categoría a abordar.	Exponer las principales características de las cualidades del hacer de enfermería	9, 11, 12,14, 19.	Mediante la exposición de la temática de forma oral, se permite a las personas que escuchan generar momentos de reflexión a través de la dinámica de traspaso de ideas nuevas que pueden ser ideas factibles, debatibles, ilusorias, entre otras. Se busca a través de esta técnica utilizar la argumentación a través de hechos, para hacer un uso lingüístico con el fin de convencer y persuadir a las personas a generar momentos de reflexión sobre la temática (104).	Se proyectará una presentación mediante la plataforma “Canva”, la cual contendrá los siguientes temas: -Elementos de la comunicación. -Comunicación según Jean Watson. -Diálogo. -Seguridad. -Claridad. -Importancia de presentarse. -Importancia de comunicar los procedimientos. -Importancia de la información oportuna. Previo a la exposición, se	15 minutos	

				hará una votación en la plataforma zoom, sobre cada concepto de forma individual.	
Propuesta de mejora.		9, 11, 12,14, 19.	La reflexión implica pensar y abstraerse para observar y debatir consigo mismo para así buscar la manera de dar explicaciones a las ideas, situaciones, pensamientos, contextos, etc. Es mirar críticamente lo que se hace, se justifica cada una de las decisiones tomadas y se profundiza desde el cuestionamiento propio (105).	Se realizarán preguntas que puedan generar momentos de reflexión: -¿Qué podemos hacer para mejorar la comunicación? -¿Qué elementos son fundamentales para generar una comunicación exitosa y asertiva?	5 minutos
Cierre.		2,7,8,15	El cierre de una actividad permite acentuar las impresiones positivas de una actividad y relativizar las negativas. El mismo sirve para el resumen, la orientación de los participantes hacia los resultados y la aclaración con respecto a la transferencia desde la actividad hasta el entorno social del participante (106).	Se hará mediante preguntas generativas en relación a los temas propuestos, donde se buscará que las personas reflexionen e inspeccionen las acciones que realizan en su labor.	3 minutos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. Matriz: Disposición para la atención.

Actividad	Objetivos	Item	Justificación	Metodología	Tiempo	Responsables
Presentación de resultados de Categoría 3.	Dar a conocer las oportunidades de mejoras identificadas, así como los ítems con mejor puntaje	3,16,22,23,25,26,29, 31.	Iniciar el espacio reflexivo mediante la presentación de los resultados, lo cual permitirá contextualizar el objetivo de la sesión, ítems fuertes y aquellos que presentan una oportunidad de mejora.	Se proyectarán los resultados de la segunda categoría mediante la plataforma zoom.	5 minutos	Josué Arias Gary Calderón Melissa Solano Tatiana Vega
Reflexión sobre resultados.	Reflexionar acerca de los resultados presentados anteriormente		La reflexión permite valorar lo realizado para de esta forma definir la viabilidad al favorecer la reorientación de las propias acciones de modo justificado a partir de la observación de lo ocurrido y generar conciencia acerca de lo que ha incidido en ello (103).	En relación a los datos expuestos se realizarán preguntas generadoras tales como: -¿Qué sentimientos le generan los resultados? -¿Qué elementos o factores contribuyen a esos resultados? -¿Por qué si la comunicación tiene elementos tan básicos, se vuelve tan compleja?	15 minutos	
Presentación de video.	Proyectar un video sobre la temática y preguntar las		Mediante la presentación del video se logra ejemplificar y materializar escenarios de importancia donde se evidencie el cuidado humano.	Se proyectará un video mediante la plataforma zoom, el cual contendrá los siguientes temas:	15 minutos	

	ideas principales y su relación con los datos obtenidos.		Además, se permite a las personas que escuchan generar momentos de reflexión a través de la dinámica de traspaso de ideas nuevas que pueden ser ideas factibles, debatibles, ilusorias, entre otras. Estas pueden ser compartidas con la audiencia, con el fin de poner sobre la mesa nuevas ideas y pensamientos que pueden ser discutidos desde diferentes perspectivas. Las personas tendrán la oportunidad de utilizar el video como punto de referencia para hacer alusión a la disposición de cuidado de Enfermería (107).	<ul style="list-style-type: none"> - Interés por brindar comodidad. - Importancia del uso del nombre de las personas. - Anticipación. - Identificación de necesidades. - Importancia del estado de ánimo. - Cuidado cálido y delicado. - Respeto por las decisiones. - Respeto por la intimidad. <p>Al finalizar el video, se realizará un espacio de votaciones con cuatro preguntas reflexivas sobre el tema.</p>	
Propuesta de mejora.		3,16,22,23,25,26,29, 31.	La reflexión implica pensar y abstraerse para observar y debatir consigo mismo para así buscar la manera de dar explicaciones a las ideas, situaciones, pensamientos, contextos, etc. Es mirar críticamente lo que se hace, se justifica cada una de las decisiones tomadas y se profundiza desde el cuestionamiento propio (105).	Se realizarán preguntas que puedan generar momentos de reflexión: <ul style="list-style-type: none"> -¿Qué podemos hacer para mejorar la disposición de ayuda? -¿Qué elementos de nuestra personalidad definen la disposición de ayuda que tenemos? ¿Por qué la disposición de 	5 minutos

				ayuda cambia? ¿Qué factores influyen en mi, que cambian la disposición de ayuda?		
Presentación global de resultados.	Presentar un FODA como elemento final del componente reflexivo	Todos los items	El análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) ayuda a conocer todo el entorno que rodea a una organización, tanto en su ambiente interno como externo (108).	Se proyectará el FODA en la plataforma zoom, se leerá y abrirá un pequeño espacio reflexivo con una pregunta generadora: ¿Qué más agregarían al FODA?	5 minutos	
Cierre.		3,16,22,23,25,26,29, 31.	El cierre de una actividad permite acentuar las impresiones positivas de una actividad y relativizar las negativas. El mismo sirve para el resumen, la orientación de los participantes hacia los resultados y la aclaración con respecto a la transferencia desde la actividad hasta el entorno social del participante (106).	Se hará mediante preguntas generativas en relación a los temas propuestos, donde se buscará que las personas reflexionen e inspeccionen las acciones que realizan en su labor. Consideraciones finales sobre la sesión, aprendizajes, experiencias, recomendaciones, etc..	10 minutos	

Fuente: Elaboración propia

