

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de la Clínica Norte
S.A de la Ciudad de Cúcuta

Adonay Moisés Hernández Quintero

Ps. En Formación

Cúcuta, Colombia

2017

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de la Clínica Norte
S.A de la Ciudad de Cúcuta

Adonay Moisés Hernández Quintero

Ps. En formación

Ps. Mg. Leidy Andrea Núñez Bautista

Directora

Cúcuta, Colombia

2017

TABLA DE CONTENIDO

Planteamiento del Problema.....	6
Descripción del Problema.....	8
Formulación del Problema.....	10
Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
Justificación.....	12
ANTECEDENTES	15
Internacional	15
Nacional.....	18
Local.....	22
MARCO TEORICO.....	28
Capitulo I. Psicología de la Salud	28
Psicología y enfermedad	31
Capitulo II. Percepción	33
Percepción de atención en el área de la salud	36
Percepción del cuidado	37
Capitulo III. Cuidado Humanizado	40
Teoría del Cuidado de Watson	41

Categorías del cuidado humanizado	43
Humanización en el servicio	46
METODOLOGIA	51
Tipo de Investigación	51
Diseño.....	51
Hipótesis	52
Población	52
Muestra.....	52
Criterios de Inclusión.....	52
Criterios de Exclusión.....	53
Instrumento	53
“Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”. PCHE 3 ^a	
Versión.....	53
Operacionalización de Variables.....	54
Confiabilidad	55
Validez	56
Procedimiento	56
Fase I.....	56
Fase II.....	57
Fase III	57

Fase IV	58
REFERENCIAS	98
APÉNDICES	105

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Categorías del Cuidado Humanizado	43
Tabla. 2. Operacionalización de Variables	54

LISTA DE FIGURAS

Figura. 1. Teoría Jean Watson.	42
Figura 2. Grupos Estándares Manual de Acreditación en Salud.	48
Figura 3. Distribución de participantes por género.	61
Figura 4. Distribución de los participantes por edad.	62
Figura 5. Distribución de los participantes por nivel de escolaridad.	62
Figura 6. Distribución de los participantes por ocupación.	63
Figura 7. Estado Civil.	63
Figura 8. Distribución por tipo de servicio .	64
Figura 9. Cualidades del hacer de enfermería.	68
Figura 10. Puntuación de Cualidades del hacer de enfermería.	70
Figura 11. Apertura a la comunicación.	71
Figura 12. Puntuación de Apertura a la comunicación.	73
Figura 13. Disposición para la atención. Parte 1	74
Figura 14. Disposición para la atención. Parte 2	75
Figura 15. Puntuación Disposición para la atención.	65
Figura 16. Resultados generales.	77

LISTA DE APENDICES

Apéndice A. Instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) Clinicountry – 3ª versión	104
Apéndice B. Consentimiento Informado	106
Apéndice C. Estrategias dirigidas al personal	109

Resumen

La psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud, interesada en el estudio de aquellos procesos psicológicos como la percepción que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación. Este estudio tiene como objetivo describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de la Clínica Norte en la ciudad de Cúcuta, a través del cuestionario de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería 3ª versión (PCHE3), determinando la experiencia subjetiva del paciente respecto al cuidado recibido. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal a una muestra de 40 participantes. Se encontró una calificación favorable en la percepción que los usuarios tienen del servicio recibido, se concluyó que existe la necesidad de un instrumento que aborde directamente desde la psicología de la salud las variables de la humanización.

Palabras clave: Cuidado, Humanización, Psicología de la salud.

Abstrac

The psychology of health is the applied branch of psychology that is dedicated to the study of the subjective and behavioral components of the health-disease process and of health care, interested in the study of those psychological processes such as the perception that participate in determining the state of health, in the risk of getting sick, in the condition of illness and in recovery. This study aims to describe the perception of humanized care in hospitalized patients of the North Clinic in the city of Cúcuta, through the questionnaire of Perception of Behaviors of Humanized Care in Nursing 3rd version (PCHE3), determining the subjective experience of the patient regarding to the care received. A quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out on a sample of 40 participants. An excellent rating was found in the perception that users have of the service received, it was concluded that there is a need for an instrument that directly addresses the variables of humanization from the psychology of health.

Keywords: Care, Humanization, Health psychology.

INTRODUCCION

La Humanización de los servicios de salud es el objeto de atención primaria cuando se habla de atención en el servicio y está comprendida desde el ingreso a cualquiera de las líneas de atención de las instituciones de salud hasta el alta médico del usuario, pero no sólo es una cuestión de atención, también abarca en un sentido más amplio la responsabilidad con el cuidado del usuario en los métodos de curación que se hacen cada vez más eficaces para tratar las enfermedades, dejando de lado, en algunas ocasiones, el trato del ser humano que sufre un detrimento en su salud.

Este detrimento es debido en parte, a la afectación psicológica producto de la pérdida de la homeóstasis del paciente enfermo. Como señalan Valdes & Flores Citado por Sanz, Jurado & Fernández (2009) los pensamientos negativos generan un aumento de la ansiedad y se ha establecido que la ansiedad disminuye las defensas inmunológicas, por lo que el personal asistencial al desarrollar la competencia de transmitir emociones positivas, mediante la comunicación asertiva y empatía; comparte información más clara y veraz, genera la confianza y cordialidad necesarias para que el usuario acelere su proceso de mejoramiento. Humanizar los comportamientos se convierte en un acto transmisor de vida tanto para el usuario como para la institución.

Con el presente trabajo de investigación se pretende describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de la Clínica Norte en la ciudad de Cúcuta, a través del cuestionario de Percepción de Comportamientos de Cuidado

Humanizado en Enfermería (PCHE), que cuenta con una validez facial y de contenido determinando la experiencia subjetiva del paciente respecto a la atención recibida.

Con la aplicación de este instrumento se observó que la mayoría de pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización de la Clínica en sus diferentes niveles de atención tienen una percepción favorable de la humanización en los comportamientos de cuidado por parte del personal asistencial; en cuanto a las dimensiones se observó que también hubo una calificación favorable en la percepción del servicio recibido por parte del personal asistencial. A continuación se presentan las dimensiones que evalúa el instrumento.: i) Que hacer de enfermería, ii) Disposición para la atención, iii) Apertura a la comunicación, al respecto es oportuno resaltar que ninguna de las categorías obtuvo un resultado negativo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud constituye un derecho fundamental de las personas, en esta medida, la prestación de servicios de salud no se debe remitir exclusivamente a esta como tal, sino que implica un servicio y una atención de calidad que conjugue elementos científicos, técnicos y metodológicos incorporados en las relaciones y percepciones generadas entre el personal de salud y los pacientes (Ariza, 2002, citado por Patarroyo y Torres, 2011). En consecuencia, todos los pacientes deben ser receptores de un cuidado humanizado en todos los niveles de atención.

Ahora bien, se entiende que dicho cuidado debe ser estructurado y formal, pero al mismo tiempo debe evidenciar por parte del profesional un alto sentido de compromiso y humanismo en cada acción; no obstante, la deshumanización en el cuidado ha sido un riesgo latente, en parte como consecuencia de la desestructuración administrativa de los sistemas de salud que puede derivar en la despersonalización del trabajador (Romero, Contreras y Moncada, 2016) y por otra parte, como consecuencia del ritual tecnológico que ocasiona pérdida de contacto entre los seres humanos (Rodríguez, 2014).

Son diversas las situaciones que pueden provocar la deshumanización del cuidado, entre ellas las características estructurales de los lugares donde se atiende a los pacientes, edificios que carecen de comodidades y se muestran hostiles y poco sensibles ante las necesidades de los usuarios, llegando en algunos casos, a trasgredir la privacidad que garantice el trato digno, otras veces incluso en áreas de hospitalización

los entornos presentan altos niveles de ruido que impiden el reposo de los pacientes, como indica González (2014). Este mismo autor, alude a que las instituciones pueden evidenciar signos de deshumanización, hacia sus propios trabajadores, los cuales no solo atentan contra sus derechos, sino además contra el buen desempeño de sus funciones.

La estancia hospitalaria, posee una serie de características particulares que diferencia la demanda de la atención de otras áreas como pueden ser consulta externa o urgencias, ya que junto a los servicios de alta complejidad, se encuentran supeditados a ambientes estresantes, con fuertes cargas emocionales de tristeza, dolor, angustia, ansiedad, sufrimiento e incluso, impotencia, que impactan tanto al paciente como a la enfermera (Romero, 2016).

Es así como a lo largo de las investigaciones en torno al tema, se ha encontrado múltiple evidencia de cómo la percepción del cuidado en enfermería, parece ser baja desde la perspectiva de los usuarios, especialmente si se atiende a las cifras emitidas por la Superintendencia de Salud, donde se recibió un aproximado de 223.079 reclamaciones respecto a los derechos a salud vulnerados, evidenciando una insatisfacción del usuario con el proceso administrativo del 13% y 78% por restricción en el acceso a los servicios de salud, donde el 53% correspondía a la restricción en el acceso por falta de oportunidad para la atención de consultas y prestación de los servicios hospitalarios (Flórez, Torres y Guzmán, 2013).

Atendiendo a estas cifras, es importante hacer hincapié en la insatisfacción del usuario y las razones que pueden provocarla, que podría tener componentes importantes

desde la óptica de la atención humanizada, lo cual cobra fundamento, en las palabras de Burgos y Paravic (s.f citados por González, 2014):

Existen ciertas situaciones que se presentan durante la atención que se brinda al paciente hospitalizado y que tal vez, asociados a la masificación y complejidad creciente de la atención de salud, no sean analizados con la frecuencia y profundidad que merecen, y que pueden ser considerados manifestaciones de agresión o violencia. [...]Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose ésta fría e impersonal. (p.23)

En consecuencia la calidad en el cuidado que corresponde a la enfermería y personal asistencial de las instituciones, pareciera verse exclusivamente enfocada a los parámetros y metas de atención de las mismas a nivel empresarial, o a aspectos científicos y técnicos, dejando de dar respuesta a todo el cumulo de necesidades del paciente y que forman parte del servicio integral que se le debe propender.

Descripción del Problema

El cuidado en enfermería, al interior de un proceso salud enfermedad, refiere la necesidad de comprender que en este se encuentra inmerso el ser humano, el respeto por la vida, la dignidad y otras aspectos esenciales para el tratamiento, lo cual genera indefectiblemente una percepción de la atención y la calidad del cuidado del que se es objeto. El cuidado humano involucra valores, compromiso y voluntad para el ejercicio, siendo un proceso intersubjetivo (Santos, 2016), este se acentúa en las áreas de hospitalización el cual demanda un mayor apoyo físico y emocional de la persona objeto

de cuidado y su familia y una disponibilidad hacia la atención por parte del personal que ejerce el cuidado.

El riesgo de ejecutar un cuidado alejado de estos principios propios del cuidado, llega con frecuencia a deshumanizarlo, llevando a las instituciones a verse totalmente inmersas en el modelo biomédico y curativo, conduciendo a un reduccionismo la condición humana (Contreras, Jiménez, Moncada y Pérez, 2012), concentrándose en aspectos técnicos y administrativos que en últimas, han sido notorios en el sistema de salud del país.

La Clínica Norte en la ciudad de Cúcuta, tienen una trayectoria de 56 años en la prestación de servicios de salud, médicos, paramédicos, clínicos, quirúrgicos y hospitalarios de mediana y alta complejidad, estos últimos enfocados en propender la seguridad del paciente y ofrecerle a los usuarios un equipo de enfermería con calidad humana. No obstante, el encontrarse sujeto a un sistema de salud notablemente fraccionado y afectado como lo es el colombiano y supeditado a diversos factores inherentes al entorno, las experiencias y expectativas de los pacientes y la presión del escenario hospitalario, redundan en diversas percepciones por parte de los usuarios, percepciones que hacen referencia a la calidad del cuidado y que podrían afectar la evaluación de su satisfacción con la atención recibida.

De aquí que sea de gran relevancia, indagar acerca de la manera como los usuarios del área de hospitalización de esta institución, perciben o dan cuenta del cuidado humanizado por parte del personal sanitario y cuáles de los componentes de

este, se podrían encontrar mayormente afectados. Todo ello conduce a formular el interrogante que se expresa a continuación.

Formulación del Problema

¿Cuál es la Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de la Clínica Norte S.A de la Ciudad de Cúcuta?

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de la Clínica Norte en la ciudad de Cúcuta, a través del cuestionario de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE), determinando la experiencia subjetiva del paciente respecto a la atención recibida.

Objetivos Específicos

Caracterizar sociodemográficamente la población objeto de estudio, a partir de un cuestionario que permita la identificación del perfil de los participantes.

Clasificar los componentes de la percepción de los pacientes determinados por el instrumento, desde el análisis de sus dimensiones, para la identificación de los factores prevalentes en el proceso de cuidado humanizado.

Diseñar estrategias orientadas al personal asistencial, desde la óptica de la psicología de la salud, tomando como base los hallazgos de la investigación, contribuyendo al mejoramiento del cuidado humanizado en el servicio de hospitalización de la institución.

JUSTIFICACIÓN

Cuando se alude a la calidad en el cuidado, se hace referencia al resultado obtenido a partir de la aplicación de acciones del mismo, buscando satisfacer las necesidades reales y sentidas de los pacientes (Chávez, et al, 2013). Por ello, cuando se hace referencia al cuidado humanizado, se está haciendo hincapié en aquellos aspectos humanos, espirituales, afectivos y de interacción terapéutica que derivan del acto de cuidar y forman parte del compromiso de atención integral de la salud desde el personal asistencial.

Esta es una situación que debe mantenerse como eje de las demás actividades desarrolladas en el proceso del paciente; no obstante, en la “ocasión de cuidado” y en las diversas condiciones que puede supeditar el entorno de hospitalización, con frecuencia la enfermera, el paciente y la institución en la cual se encuentran inmersos, no tienen la oportunidad de realizar un proceso de retroalimentación de la experiencia, donde ciertamente, es necesario revisar las particularidades en que se propende el cuidado humanizado, los comportamientos y las percepciones de quienes se encuentran involucrados en esta transacción (Romero et al, 2016)

Realizar una indagación en torno a la percepción que tienen los pacientes alrededor de la atención que se propende desde las instituciones de salud, es una necesidad y un compromiso con el mejoramiento; para Chávez, et al (2013), reconocer la manera en que los usuarios perciben el cuidado en su proceso de hospitalización, ofrece la oportunidad de desarrollar acciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad del servicio; ello representa un factor clave en la cotidianidad de la Clínica Norte

en la ciudad de Cúcuta, persiguiendo su objetivo de prestar un servicio comprometido, seguro y humano en sus diferentes áreas, siendo una de ellas, la hospitalización.

Desde este punto, la presente investigación tiene como objetivo describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados en esta institución, a través de la aplicación de un instrumento validado en el contexto nacional como lo es el cuestionario de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE), mismo que permitirá dar cuenta de la percepción de las personas objeto de cuidado, respecto a la atención recibida. Esto permitirá realizar una evaluación que va más allá de la mera satisfacción general de los pacientes, y que entrará a discutir la manera en que el personal asistencial evidencia un cuidado holístico e integral como debe ser principio de este tipo de servicio.

Para la psicología de la salud, realizar esta investigación, cobra pertinencia en la medida en que parte de su acción se encuentra orientada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo cual se estimula desde todas y cada una de las acciones que el personal sanitario ofrece a los pacientes, sabiendo que son diversos los factores psicológicos, emocionales y humanos en general, que pueden llegar a incidir en el estado de salud o de enfermedad de las personas. Desde luego, los resultados obtenidos del presente estudio, permitirán fortalecer el cuerpo de conocimiento de esta área de la psicología y de la psicología en general, buscando incidir en el mejoramiento de la calidad de la atención.

Por otra parte, para la Clínica Norte, los hallazgos permitirán no solo hacer un reconocimiento de la importancia del cuidado humanizado para propender calidad de

manera integral y obtener un marco de acción e información valiosa desde la perspectiva psicológica, a partir de las estrategias planteadas en el estudio para el fortalecimiento del cuidado que se brinda; así también, los participantes en la investigación, tendrán la oportunidad de manifestar sus percepciones acerca del cuidado humanizado recibido en el servicio de hospitalización y no netamente de una evaluación de su satisfacción.

Para el programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, el desarrollo de una investigación significativa y contextualizada en torno a un tema de interés poco explorado en la región, contribuirá a su proyección social en el departamento, al mismo tiempo, que para el psicólogo en formación, representa no solo la consolidación de múltiples conocimientos adquiridos durante el proceso formativo, sino la oportunidad de adquirir herramientas fundamentales para el futuro ejercicio profesional.

ANTECEDENTES

La percepción del cuidado humanizado ha sido un tema ampliamente estudiado en el área de la salud; de aquí, que a continuación se citen algunas de las investigaciones a nivel internacional, nacional y local, que permitirán dar soporte y serán fundamentales para el desarrollo de la investigación.

Internacional

En la Universidad Mayor de San Marcos (Perú), Ventocilla (2017), realizó una investigación titulada “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”, donde, como su nombre lo indica, determinar esta percepción planteando la hipótesis de que esta es eficiente. Desarrolla el autor, en consecuencia, un estudio cuantitativo, aplicativo descriptivo en una muestra de 24 pacientes que reciben atención durante un 1 día en el servicio de observación en la mencionada institución, aplicando el cuestionario “Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería PCHE Clinicountry 3^a de respuesta tipo Likert en el cual se recababan datos sociodemográficos y 32 ítems de respuesta única, elaborado a partir de las variables: Sentimientos del paciente, Apoyo emocional, Empatía, Apoyo físico, Proactividad, Priorizar al ser cuidado, Cualidades del hacer de la enfermera, Características de la enfermera y Disponibilidad para la atención.

Los resultados indicaron, que de manera general, siempre se percibe una relación de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería, destacando la categoría

priorizar al ser cuidado; el autor recomienda que se continúen realizando la aplicación de este instrumento como vía para la retroalimentación frente a la atención del personal de enfermería, lo cual contribuirá con el fortalecimiento de los servicios y el crecimiento mutuo.

Ciertamente, este estudio presenta una estructura novedosa al momento de dar análisis a cada uno de los resultados obtenidos por cada categoría, realizando una confrontación inmediata de los datos cuantitativos con la teoría y la evidencia, dando una explicación inmediata a las percepciones de los pacientes. Esta información representa un aporte para el presente estudio, contribuyendo de manera detallada al análisis de los hallazgos posteriores a la aplicación del mismo instrumento.

También en Perú, Santos (2016), estudio el “Cuidado humanizado que brinda la enfermera en emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray Trujillo 2016”, el autor toma como base de la problemática que algunas de las reclamaciones de los usuarios a la institución encargada en su país de esta supervisión y al ministerio de salud, se encuentran en torno al maltrato antes o después de la atención 44%, demora en la atención 43%, maltrato durante la atención 38%, causas de reclamos en hospitales: maltrato 39%, inadecuada atención asistencial 21%. Algunas de ellas tienen estrecha relación con la atención y el cuidado humanizado, de aquí que tenga como objetivo de estudio, determinar el Nivel de cuidado humanizado que brinda la enfermera en emergencia al interior de esta institución.

A través de un estudio descriptivo y transversal se tomó una muestra de 120 pacientes correspondiente al 100% de pacientes que fueron atendidos en el servicio de

emergencias, a los cuales se aplicó el instrumento Cuidado Humanizado que brinda la Enfermera, cuyos datos obtenidos fueron procesados con el programa estadístico SPSS. Los resultados indicaron que el Nivel de cuidado humanizado proporcionado por la enfermera fue de 63.3%, fue alto desde las cualidades del hacer con 58.3%, medio para la dimensión de apertura a la comunicación enfermera - paciente con el 57.5%, y finalmente la disposición a la atención fue alta con 50.8%.

Dese luego, los resultados de este estudio permiten una perspectiva global del nivel de atención, sin hacer mayor énfasis en la percepción, pero reconociendo implícitamente el papel de la misma al momento de evaluar la atención y el cuidado humanizado; estos niveles podrán ser contratados con los hallazgos del estudio, al momento de discutir las diferencias que se pudieran presentar entre estos.

Una investigación que estudia, la contraparte de este interés, lo representa el estudio realizado por Hernández, Zequeira, y Miranda (2010), en torno a “La percepción del cuidado en profesionales de Enfermería”, a través de un estudio descriptivo transversal en la Clínica Central “Cira García” durante el año 2008, tomando una muestra de 72 profesionales de enfermería que se encontraban laborando en la clínica en el momento de la investigación. Además de la revisión documental, se emplearon como técnicas e instrumentos de recolección de información la entrevista semiestructurada para obtener el perfil sociodemográfico y laboral del participante y la Escala de Evaluación del Significado del Cuidar (EESC).

Fue así que se tomaron como variables de estudio, la percepción del cuidado, edad, sexo, años de experiencia, nivel profesional y puesto de trabajo. Los datos fueron

analizados estadísticamente, donde el perfil describió principalmente, un predominio del sexo femenino (75,0%), edad entre 30 y 39 años (37,50%) y más de 10 años de experiencia laboral (77,77%). Los resultados evidenciaron diferencias en las concepciones que presentaban enfermeros generales y master, las concepciones del cuidado como característica humana y como imperativo moral. La principal conclusión de ello, es que ciertamente es posible identificar diferencias en relación a la concepción del cuidado por parte de diversos profesionales de enfermería, lo cual ciertamente demanda la unificación y coherencia entre la enseñanza y el ejercicio de la profesión.

Para efectos del presente estudio, el principal aporte de esta investigación, radica en comprender la perspectiva de los profesionales, reduciendo con ello el riesgo de establecer generalización en torno al personal de enfermería, ya que como se menciona en el estudio, la calidad y el nivel de atención humanizada, va a estar estrechamente ligado a la percepción de ellos mismos tienen de su actuación, y de la congruencia que ello sugiera con su formación y con la demanda del servicio.

Nacional

Patarroyo y Torres (2011) de la Universidad javeriana, realizaron una investigación en torno a la “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería de los pacientes con algún tipo de herida que asisten a una clínica de heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá”, con el objetivo de determinar la percepción general de los pacientes en este contexto. Para ello desarrollaron un estudio cuantitativo transversal sobre una muestra de 37 pacientes seleccionados de manera

aleatoria, a los cuales se aplicó el cuestionario de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE).

Partiendo del hecho que los pacientes poseían diversas expectativas frente al cuidado que les proporcionaría el personal de enfermería, se concluyó que los pacientes percibieron el cuidado humanizado en un 60% como “siempre” para las categorías “sentimientos del paciente”, “características de la enfermera” y “tranquilidad”. El más bajo se presentó para la categoría proactividad con un porcentaje del 50.8% con opción de respuesta “siempre”. También se evidenciaron puntajes bajos para categorías como apoyo físico y disponibilidad para la atención en donde los pacientes pocas veces perciben comportamientos de cuidado humanizado.

Esta investigación analiza la percepción de los pacientes en torno al cuidado humanizado en una institución especializada en dolor, siendo este un factor determinante al momento de generar expectativas particulares de atención por parte de los pacientes por lo cual los resultados aquí evidenciados podrían estar condicionados en gran medida por esta situación; de aquí que ofrezca una perspectiva importante al momento de realizar el presente estudio, denotando cómo son diversas las variables intervinientes en la evaluación que realizan los sujetos objeto de cuidado respecto al servicio prestado por el personal de enfermería de la Clínica Norte S.A.

Romero, Contreras y Moncada (2016) también evidenciaron su interés en el estudio del cuidado humanizado, a partir de un estudio realizado al respecto en el Hospital Universitario del Caribe en la ciudad de Cartagena, en el, plantean a través de un estudio transversal analítico, determinar la relación existente entre la hospitalización

y la percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de los pacientes. Para ello, se tomó una muestra de 132 pacientes a los cuales se aplicaron tres instrumentos, a saber: encuesta socio-demográfica, encuesta de datos de hospitalización y el instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.

Para el análisis de los resultados se aplicó estadística descriptiva y análisis multivariado mediante Probabilidad Kruskal-Wallis. Dentro de las características del perfil de la población, se destaca que esta en un 54.5% correspondían a género femenino, siendo el promedio de edad 51,4 años. Pertenecían al estrato bajo-bajo en un 86,4% y el 59.1% estaban desempleados. Así el tiempo el tiempo de hospitalización en promedio fue de 11,5 días y la demanda de hospitalización médica era de 26.5%., pacientes que se clasificaron por su estado de salud en crónicos (28%) y estables (72%).

Se encontró efectivamente una asociación entre las variables cuidado humanizado por enfermería y la hospitalización, fue así como se encontró que los pacientes hospitalizados en la sala general e intermedios percibían mayor cuidado humanizado de enfermería, mientras que aquellos de la sala de médicas y quirúrgicas, lo realizaron en menor escala. En contraparte, no se encontró asociación entre este y hospitalizaciones previas, edad y escolaridad.

También fue posible encontrar asociación de la percepción de cuidado humanizado con el estado de salud de los pacientes. Los autores hacen hincapié en los factores que median en la percepción del cuidado humanizado en relación con el personal, estando asociados a condiciones sociolaborales, antigüedad en el servicio y

planes de especialización. En términos generales, la percepción global de cuidado humanizado fue excelente en un 55,4%, 35% bueno, 7.9% aceptable y 1.7% malo.

La perspectiva desde la cual se realizó este estudio, cobra un papel relevante en el desarrollo del presente proyecto, ya que hace hincapié de manera particular en la atención de pacientes hospitalizados, estableciendo correlaciones entre la variable de estudio central que es el cuidado humanizado con otras como el tiempo de hospitalización, el estado de salud de los pacientes e incluso variables sociodemográficas, Resultados que podrán ser contrastados con los hallazgos arrojados en la aplicación de uno de uno de los instrumentos aquí aplicados.

Una de las investigaciones más representativas y citadas en el contexto nacional, es la desarrollada por Rivera y Triana (2007), la cual estudio la Percepción de comportamientos humanizados de enfermería en la Clínica Country, en la que se buscó describir dicha percepción, en una muestra de 247 personas hospitalizadas en esa institución a quienes se aplicó el Cuestionario de Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería desarrollado por estos mismos autores y autodilucidado por los familiares de los participantes del estudio. Inicialmente se llevó a cabo una descripción demográfica de los pacientes, encontrando una edad promedio de 45.9 años, donde el 56,93% eran de género femenino con un promedio de días de hospitalización de 5.47.

En torno a los resultados del instrumento, en términos generales el 86.86% de los pacientes refirieron que siempre advirtieron comportamientos de atención humanizada en el personal de enfermería, el 12,04% casi siempre y el 1,09% indicaron que nunca.

Por su parte en cada una de las categorías los resultados mostraron que aquellos donde se priorizó la persona fue del 89.5%, los que reflejaron las cualidades de la enfermera ocupaban el 89.4%, los que destacaban las características de la enfermeras eran del 89.8%, y los que atendían a los sentimientos del paciente, 87,6%.

Por su parte los que se percibieron en menor medida fueron la empatía (77.7%), el apoyo emocional (79.6%), la proactividad (80.5%), y la disponibilidad de la atención (85.4%). De estos se observa que aun cuando su frecuencia fue menor, los porcentajes fueron relativamente altos.

La relevancia de citar esta investigación a pesar de haberse desarrollado hace varios años, se encuentra en que esta fue el punto de partida para la aplicación del instrumento utilizado en el presente estudio, siendo estos autores los que pusieran en consideración las diferentes dimensiones que constituyen los comportamientos humanizados en el personal de enfermería. Ello sin lugar a dudas, representa la posibilidad de contar con un fundamento más atento de la operacionalización y conceptos propios de cada una de las variables desde la perspectiva de los autores, pudiendo con ello reflejar una mayor pertinencia del análisis de los resultados.

Local

A nivel local se desarrolló en la ciudad de Cúcuta un estudio titulado “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención” (Bautista, Parra-, Arias, Parada, Ascanio-, Villa Marín, et al, 2015), en el que, sin hacer referencia a la institución específica sobre la cual desarrollaron la investigación, tuvieron el objetivo de

describir el grado de percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en los usuarios en condición de hospitalización.

Para ello se desarrolló una investigación cuantitativa, descriptiva tomó una muestra de 269 usuarios a los que se aplicó el cuestionario Percepción de Comportamientos del Cuidado Humanizado de Enfermería segunda versión, tomando en cuenta las consideraciones éticas y de validez para la investigación. Fue así como se encontró que el 72% de los usuarios hospitalizados percibieron como excelentes los comportamientos del cuidado humanizado; presentaron una mayor satisfacción con los cuidados proporcionados por el personal de enfermería, en torno a las categorías sentimiento del paciente, apoyo físico, priorización al ser cuidado y cualidades del hacer.

Los resultados más bajos se encontraron en las categorías disponibilidad para la atención, dar apoyo emocional y empatía. Los autores concluyeron que en efecto, los pacientes tendían a valorar más las acciones de atención, cariño, orientación y escucha recibidos, siendo un aspecto a mejorar, el apoyo emocional que se da a los usuarios en momentos críticos que suele dejarse de lado con ocasión de la carga laboral del personal de enfermería.

Este estudio permite analizar información contextualizada en la ciudad donde se desarrolla el presente estudio, donde se advierten necesidades de los pacientes que suelen ser comunes a otras investigaciones, pero también diferencias que pueden tomarse como ejes para el análisis de los resultados, tratándose de una población con

características que pueden ser equiparables a las de la investigación en curso, realizando aportes en la intención de comprender la perspectiva de los usuarios.

De igual manera en la Universidad de Santander UDES de la ciudad de Cúcuta, se llevó a cabo un estudio denominado “*Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional*” (Bautista, Parra, Arias, et al., 2015), atendiendo a la complejidad en los servicios de unidad de cuidados intensivos, los cuales se desarrollan en un contexto que suele generar en el núcleo familiar, crisis emocional situacional manifestada en angustia y estrés. Por ello, los autores encaminan su estudio a evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo de una clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta.

Para la consecución de la investigación, se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y transversal, tomando para ello una muestra fue de 200 familiares de estos pacientes a los cuales se aplicó el instrumento Percepción de los Familiares de los Pacientes Críticos, respecto a la intervención de Enfermería durante su Crisis Situacional compuesto por 28 ítems con respuesta en escala de Likert. Dentro de las características del perfil de los participantes, se halla una distribución por género, siendo masculino (46%) y femenino (54%), en edades entre los 18- 50 años, parentesco familiar que iba desde conyugue (45%) hijos (32.5%), hermanos (17,5%), hasta 5% que corresponde a familiares allegados. Por otra parte, la estancia hospitalaria de los pacientes en la UCI fue de 2 a más de 15 días.

Los resultados analizaron la Percepción de los familiares frente al apoyo Emocional, que fue la categoría con la evaluación más baja, ya que solo obtuvo una percepción favorable del 35,25 %; Percepción de los familiares frente a la comunicación Verbal donde el 71% contempló una percepción favorable; Percepción de los familiares frente a la comunicación no verbal para la cual se encontró una percepción favorable del 80% y Percepción general de los familiares que obtuvo de igual manera una percepción favorable del 80%. De ello, los autores hacen hincapié en la importancia de reconocer a la familia como un eje fundamental de todas las acciones asistenciales, donde las acciones y comportamientos humanizados inciden en sus herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente en la Unidad de cuidado intensivo.

Tomar esta investigación como parte del referente del presente estudio, constituye la posibilidad de reiterar la importancia del estudio de las percepciones de los usuarios, esta vez, con participación de las familias, en las cuales también recae la atención del personal asistencial y los efectos de la estancia de su ser querido en hospitalización, en este caso, en la unidad de cuidados intensivos, lo cual puede acentuar su carga emocional. Las consideraciones allí expuestas, serán de gran valor para analizar la percepción de los pacientes, pero también de los familiares, que con motivo de la enfermedad de su pariente, respondieron al cuestionario.

Finalmente, Bautista (2008) en la Universidad Francisco de Paula Santander, habría realizado un estudio en torno a la Percepción de la Calidad del Cuidado en la ESE Francisco de Paula Santander, con el objetivo de describir la manera en que algunos

usuarios de esta Empresa Social del Estado, percibieron la calidad del cuidado del personal de enfermería en el segundo semestre de 2004. El estudio cuantitativo descriptivo y transversal, fue llevado a cabo en el servicio de especialidades médicas de la institución, teniendo una población de 864 usuarios que egresaron del servicio durante el año 2003, de los cuales se seleccionó una muestra de 202 pacientes hospitalizados.

Para efectos de recolección de información, fue implementado el instrumento, el Caring Assessment Instrument (Care-Q), que consta de 50 preguntas divididas en las siguientes subescalas alusivas al comportamiento de la enfermera: Accesible, conforta, se anticipa, mantiene relación, de confianza y hace seguimiento las cuales permiten recabar las percepciones de los usuarios durante la interacción con el personal.

Se encontró que los comportamientos más irrelevantes desde la percepción de los usuarios se encontraban relacionados con habilidades del personal, vinculados a la administración de los tratamientos y las medicinas de manera oportuna, saber aplicar inyecciones, manipular equipos de uso parenteral y otros equipos. En contraste, los comportamientos más importantes para ellos fueron preguntar al paciente cómo prefiere que lo llamen, sentarse con éste, ser jovial, ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios de su estado de salud.

Este estudio proporciona elementos significativos que contrastan con la intención de evaluar la percepción del cuidado humanizado, ya que permite descubrir no solo la percepción de los usuarios en torno al cuidado, sino también a la importancia que estos dan a unas u otras habilidades o comportamientos del personal de enfermería. Ello seguramente se encuentra relacionado con la cultura y factores predominantes del

contexto, lo cual refiere un aporte significativo para la comprensión de los hallazgos del presente estudio.

Todas y cada una de las investigaciones que han sido referenciadas en este apartado, fortalecerán el desarrollo del estudio, proporcionando un fundamento teórico y práctico, a partir de la vasta gama de análisis que los autores de diversos contextos han realizado en torno a la percepción de los pacientes en todos los aspectos que convergen en el ejercicio del personal sanitario, particularmente de la enfermería, y que servirá para una comprensión más profunda de los resultados.

MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico evidencia la revisión documental que con motivo del presente estudio, pretende abordar los aspectos más importantes de la investigación en curso, los cuales permitirán dar soporte a la misma y permitir interpretar los resultados a la luz de la teoría aquí consultada. Para este efecto, el primer capítulo se encontrara enfocado en la Psicología de la Salud, como área de la psicología a la cual corresponde el abordaje del estudio. El segundo capítulo, hace referencia a la Percepción, como constructo clave del estudio ya que es sobre este eje que se realiza la indagación y el análisis; finalmente el tercer capítulo, se enfoca en el Cuidado Humanizado, abarcando desde sus conceptos y características hasta los fundamentos de la atención humanizada en el servicio.

Capítulo I. Psicología de la Salud

De acuerdo a (Cardoso y Rendón, 2014), ya Platón en la antigüedad haría referencia a la necesidad de advertir la enfermedad no solo desde su espectro biológico, sino desde la psiquis y los elementos generales y constitutivos del individuo, entendiendo al problema como un todo; en este mismo sentido, el concepto de salud ha sido modificado en diferentes momentos, evidenciando nuevas variables para dar explicación a la mortalidad y a la morbilidad humana, introduciendo a la psicología en el marco del panorama salud – enfermedad. Entonces la explicación desde esta rama, viene a estar orientada por la manera en que diversos comportamientos y procesos conllevan al mantenimiento o deterioro de la salud del individuo en relación con el medio en el cual se encuentra inmerso.

Se debe reconocer para este efecto que solo hasta la década de los 70 en algunas universidades, asociaciones de servicios profesionales y científicos se puso en consideración la necesidad de realizar acciones concretas en torno al campo de lo que hoy que se reconoce como psicología de la salud, siendo aún un campo que no tiene del todo el reconocimiento o identidad propia al interior de la psicología, en las ciencias de la salud o en los sistemas de salud. Anterior a ello el enfoque solo se había dado para el estudio de las enfermedades mentales desde el ámbito específico de la psicología clínica, no obstante en los últimos cuarenta años, este campo ha reclamado un objeto mucho más amplio que exclusivamente la enfermedad mental, un campo realmente extenso, que en términos de (Morales, 2012) se define textualmente como:

Es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben. (p. 101)

Desde esta óptica, es posible advertir la manera en que la psicología de la salud se encuentra inmersa al interior de muy variadas situaciones del proceso salud – enfermedad, en todos los niveles de atención y la búsqueda de respuestas a la población en este marco de acción; es por esta razón que las definiciones de diferentes autores buscan abarcar las perspectivas y pertinencia de la misma a lo largo de su recorrido.

Ahora bien, sería la inconformidad respecto a las limitaciones que suponía la psicología clínica, llevo al interés de buscar un enfoque mucho más preventivo en el

proceso salud – enfermedad, lo cual daría origen a la psicología comunitaria en los años 60's y psicología sanitaria en los 80's. Pero, tal como se afirmaba al principio, fue en los 70's cuando partiría este enfoque integrador de conocimientos biomédicos y sociales promoviendo la aplicación de fundamentos psicológicos para comprender expresiones en la conducta y emoción de las personas enfermas, las causas psicológicas de las manifestaciones somáticas e incluso la relación médico – paciente (Gómez, 2013). De ello dan cuenta los avances y rutas tomadas por la psicología de la salud desde entonces.

Es así como se enmarcan los múltiples objetivos de esta rama de la psicología, destacando entre ellas, según Oblitas (2008 citado por Gómez, 2013): “la promoción de la salud (...), la prevención de la enfermedad (...), evaluación y tratamiento de enfermedades específicas (...) y la evaluación y mejora del sistema sanitario” (p.14), entre otras, desde luego atendiendo al marco médico que le precede, pero ocupándose de su intervención exclusiva desde el quehacer psicológico a través de diferentes técnicas que paulatinamente se han ido desarrollando desde las necesidades planteadas en los contextos donde se desarrolla.

Díaz (2010), refiere también cuatro campos específicos que ocupan a la psicología de la salud, entre ellos: la multicausalidad de los aspectos psíquicos que intervienen en el proceso salud – enfermedad: el abordaje de los factores psíquicos que inciden en el origen, mantenimiento y evolución de la enfermedad; la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a partir de la injerencia de aspectos físicos y sociales; y la subjetividad del conjunto de profesionales del área de la salud.

Psicología y enfermedad

La psicología adquiere un papel clave en los procesos de salud de las poblaciones, y para esto requiere estudiar aquellos comportamientos específicos que estén relacionados con el desarrollo o mantenimiento de la salud, e incluso, en aquellos casos donde la salud física se ha visto deteriorada, la salud mental logre mejorar y aportar a la calidad de vida de estas personas. De aquí la importancia que las poblaciones tomen una nueva perspectiva de la importancia de la salud, a través de estrategias que permitan generar un cambio en la concepción de esta, donde existe en paralelo a la salud física, la salud mental, lo cual requiere de un balance, ya que se encuentran determinadas por factores del ambiente, sociales, personales, biológicos y experiencias individuales, interacción social, recursos del ambiente y valores culturales.

Las investigaciones (De los Santos, 2009; Martín, 2003; Lemos, Restrepo y Richard, 2008, entre otros) reconocen el papel que juegan diversos factores psicológicos en el estado de salud o de enfermedad de las personas, aspectos emocionales, personalidad, desordenes afectivos, estrés, ansiedad, afrontamiento, y conductas particulares entre otros, constituyen variables importantes en el comportamiento de la salud (Rodríguez y Frías, 2005), al igual que de manera inversa, la enfermedad interviene en la manera como se desarrollan procesos psicológicos maladaptativos en el individuo. De aquí que, detectar cuál de ellos puede estar representando un papel significativo en la manera como surgen, se desarrollan y mantienen algunas enfermedades, permite implementar técnicas y estrategias desde la psicología clínica y

de la salud, optimizando el estado físico y mental de las personas (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Es definitivo que al momento de estudiar la dinámica del cuerpo humano, no solo se deba hacer hincapié en el orden físico del mismo, sino que en la complejidad de su homeostasis, se debe ineludiblemente atender al componente psicológico que muchas veces responsables de que una persona no sane a pesar de encontrarse o haber realizado un tratamiento médico teóricamente funcional evidencie en su persona la cronicidad de ciertas enfermedades, poniendo sobre la mesa la particularidad de cada caso. Martínez (2013), refiere que las enfermedades son padecimientos integrales en los cuales se debe atender la intercomunicación mente – cuerpo citando para efectos de este análisis la postura del psicólogo Walter Cannon quien acuñara el término homeostasis siguiendo el concepto de *milieu intérieur* de Claude Bernard, refiriendo la hipótesis de que existe una especie de estado de equilibrio o unidad interior que se denomina salud.

De acuerdo a Naiman y Becker (1974 citados por, De los Santos, 2009) la posición lewinista postulaba que la conducta dependía del valor que un individuo otorga a un resultado que en el campo de los procesos salud – enfermedad, se puede ver traducido en evitar la enfermedad o recuperar la salud. En este mismo orden se deben advertir que la conducta de la salud se desarrolla en función de cuatro factores, a) la susceptibilidad percibida, b) la severidad percibida, c) los beneficios percibidos y d) los costes y barreras percibidos; a estos factores se suman otros componentes y otros resultados y también se pueden combinar dando lugar a una diversidad de conductas.

Capítulo II. Percepción

La percepción se define como un proceso a partir del cual los seres humanos organizan a nivel interno todos aquellos estímulos que provienen del exterior, por lo tanto, se trata de un proceso mental (Rivera y Triana, 2007). Por ello, es importante y necesario partir del hecho que la actividad mental, no es una copia fidedigna del mundo percibido, por ello debe definirse en primera instancia, como un proceso continuo de extracción y selección de la información relevante para el individuo, generando un estado de claridad consciente que permite el desempeño dentro del mayor grado de coherencia y racionalidad con el mundo circundante.

Desde el enfoque psicológico Gestalt, la percepción refiere una tendencia al orden mental que inicialmente determina la entrada de información y posteriormente garantiza que la información que se toma del ambiente permita la formación de abstracciones, juicios, categorías, entre otros que posteriormente van a ser determinantes en el actuar (Oviedo, 2004).

Para Gibson (1974, citado por Flores y Herrera, 2010)

La percepción es un proceso instrumental adaptativo del organismo a su medio, como primer paso del conocimiento que está en función directa de la estimulación de los componentes del medio ambiente, es decir, de superficies, aristas, cavidades y convexidades, cambios, movimientos, etcétera. (p. 234)

Es a través de las percepciones cuando se forma un marco de referencia organizado que se construye de forma constante a través de las experiencias de la vida,

por ello, las percepciones no se encuentran aisladas si no que confluyen en la cotidianidad de los individuos, se forman a partir de los sentidos pero, se interpretan en la subjetividad de cada uno, de esta manera, el sujeto extrae de manera automática e inconsciente la información que proviene del ambiente.

De acuerdo a Pidgeon (1998 citado por Flores y Herrera, 2010), la percepción determina juicios, decisiones y conductas, conduciendo a acciones con consecuencias reales; entonces se entiende a la percepción como la fuente de las respuestas a algún estímulo en el ambiente, estos mismos autores hacen hincapié en que al momento de percibir, solo se percibe aquello con lo cual es posible relacionarse, y en donde las experiencias pasadas intervienen y nulifican el interés por un objeto, al mismo tiempo que nutre o no tanto las expectativas como la anticipación y actualización imaginativa de sucesos venideros relacionados con los objetivos y aspiraciones del individuo.

Para comprender la naturaleza de la percepción, se entiende que esta depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que se recibe, conformando referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad, conformando evidencias desde las cuales las sensaciones adquieren significado.

Vargas (1994 citada por Suarez y Bejarano, 2015) afirma que la percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también otro inconsciente; consciente cuando el sujeto se da cuenta de que percibe ciertos acontecimientos, reparando en el reconocimiento de tales eventos, e inconsciente en el cual se llevan a cabo los procesos

de selección y organización de las sensaciones. Ahora bien, como proceso la percepción no es inamovible por el contrario, representa un proceso cambiante, lo que posibilita la reformulación tanto de las experiencias como de las estructuras perceptuales; es así como la cultura otorga a estas estructuras la posibilidad de ser reformuladas si así lo requieren las circunstancias, advirtiéndose también como una constante construcción de significados en el espacio y en el tiempo.

Un aspecto importante de resaltar, es que las percepciones, están matizadas y delimitadas por las demarcaciones sociales que determinan rangos de sensaciones, sobre el margen de posibilidades físico-corporales, de manera tal que la habilidad perceptual real queda subjetivamente orientada hacia lo que socialmente está “permitido” percibir. La apropiación de la información de los objetos y eventos del entorno recrean evidencias de su existencia y permiten al individuo elaborar significados respecto de tales cosas, agrupándolos en categorías y generando representaciones dentro del rango de posibilidades de sensibilidad, así se entiende el mundo desde un punto de vista estructurado a partir de valores culturales e ideológicos (Vargas, 1994 citada por Suarez y Bejarano, 2015).

Lewkow (2014), hace alusión a la percepción desde su relevancia sociológica, atendiendo al acoplamiento estructural e interpenetración de los sistemas psíquicos y los sistemas sociales, el cual puede ser estudiado en dos direcciones: en relación con el problema del orden social y en relación con la comunicación. Este autor se adentra en el tema de la percepción reflexiva que tiene lugar en las interacciones, mostrando el nexo entre sistemas psíquicos y sociales donde la percepción tiene un lugar destacado.

Es por ello, que el aprendizaje depende de la estructura cognitiva previa (conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización) y de las percepciones que posteriormente se relaciona con la nueva información. Es fundamental conocer dicha estructura por cuanto se trate la información no solo en términos de cantidad si no de la manera en que maneja conceptos y proposiciones. Lo importante es como el individuo se apropia de la realidad y descubrir exactamente cuáles son los procesos que se llevan a cabo para que tal situación se dé. El hecho es saber que las cosas se aprenden, pero lo relevante es el comprender cómo y cuáles son las condiciones que las sustentan, teniendo en cuenta que es muchas veces la adaptación la que juega un papel supremamente importante en esta construcción y cuales son elementos inherentes a las propias cualidades y calidades humanas. Esto se encuentra reforzado en el hecho que la especie humana ha trascendido en sus relaciones y ha desarrollado su entorno de acuerdo como ha construido su pensamiento y como ha establecido sus vínculos.

Percepción de atención en el área de la salud

Para analizar la percepción de la atención en el área de la salud, es necesario partir del punto que, una persona satisfecha es el producto de la atención de calidad recibida, sabiendo que la satisfacción es un factor de medición de calidad ampliamente utilizado, ya que la segunda precede a la primera (Velandia, Ardón y Jara, 2007). No obstante, desde otra óptica, se ha señalado que la satisfacción no debería ser medida desde el punto de vista de los pacientes, ya que en ellos median una serie de creencias y factores que no serían objetivos para medir la satisfacción y sobre este punto radica la

importancia inicial, de estudiar la manera en que los pacientes perciben y evalúan un servicio de salud (Williams, 1994 citado por Vargas, 2016), ello se ha visto limitado en la medida que las evaluaciones se han enfocado exclusivamente en la satisfacción, dejando de lado la percepción. Sumado a ello, las evaluaciones en la satisfacción no han conducido de manera determinante al mejoramiento de los servicios, estando dirigidas las acciones al fortalecimiento de otros aspectos estructurales principalmente físicos, pero no al proceso de atención.

Por otra parte, La percepción de los servicios de salud por parte de los usuarios contempla aspectos y factores diversos. Pascoe (1983, citado por Chávez, Romeo y Zúñiga, 2013), señala entre estos:

Tiempo de espera, costo o modalidades de pago, trato recibido por el personal de salud, limpieza del área, nivel de comunicación entre personal de salud y el usuario, accesibilidad a los servicios de salud, comprensión de los problemas personales, confiabilidad de las instituciones, competencia técnica y seguimiento por parte de los doctores entre otros. (p.17)

Explícitamente la percepción del cuidado se sustenta sobre una acción específica, en este caso el cuidado desde la atención del personal de enfermería, tal como se describe a continuación.

Percepción del cuidado

En este orden de ideas cuando se hace referencia a la percepción de cuidado se entiende como la impresión que deriva de la interrelación entre el paciente y el personal asistencial, es decir, como se clasifican y se asimilan los momentos y las acciones del cuidador hacia la persona cuidada (Rivera y Triana, 2007). Así, cuando se hace referencia a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería,

se estaría haciendo alusión al proceso mental en el cual paciente y personal asistencial, contienen momentos significativos durante su interacción de cuidado, atendiendo a que se trata de un proceso altamente subjetivo.

Pese a ello, algunos comportamientos en la relación anteriormente mencionada, deben ser frecuentes e importantes en esta interacción nutriendo los momentos de cuidado, dignificando la persona y fortaleciendo su autonomía (Rivera y Triana, 2007). Tanto la percepción como la expresión del cuidado son únicos e irrepetibles y llegan a ser determinantes en la manera como se desarrolla la interacción y la relación entre la enfermera y el paciente; desde luego, la percepción de la experiencia del cuidado se encuentra influenciada por diversos factores sociales, personales, contextuales, históricos y culturales (Larson, 1981 citada por Chávez et al, 2013).

De esta manera, cuando se habla del nivel de calidad de la atención percibido, se debe atender a la diferencia entre el cuidado percibido y la expectativa de los pacientes, las cuales al mismo tiempo se encuentran determinadas por sus necesidades, por su rol autopercebido, factores situacionales, pero además, por las experiencias anteriores, que al mismo tiempo modifican los elementos anteriormente mencionados (Chávez et al, 2013).

El cuidado de acuerdo a Morse 2004, citado por Hernández, Zequeira y Miranda, 2010), se establece sobre definiciones implícitas y explícitas de la percepción en torno a él, donde es posible subrayar cinco clasificaciones ontológicas, a saber:

Cuidar como característica humana.

Cuidar como imperativo moral o ideal.

Cuidar como afecto.

Cuidar como relación interpersonal.

Cuidar como acción terapéutica de enfermería.

Por lo tanto, se comprende que el cuidado en enfermería es un proceso dinámico, que debe tomar en cuenta la persona y sus familias, la comunidad, en donde la percepción del cuidado se desarrolla de una u otra manera en un entorno de vulnerabilidad compartida entre el profesional y el paciente y en virtud de ello se evidencian las metas de cuidado (Santamaría, García, Herrera y Carrillo, 2015). De esta manera, la aplicación práctica del cuidado, podría presentarse por debajo del concepto y las expectativas de los pacientes y sus familias.

Capítulo III. Cuidado Humanizado

El cuidado

Según Morfi (2008), el cuidado se define como la habilidad de servir, asistir, estar responsabilizado por lo que le suceda a esa persona y es propio de la naturaleza humana. La calidad en el cuidado, hace referencia al término integral para dimensionar todas las características que deben hacer parte de la práctica, es decir, el cuidado visto desde todas las perspectivas que garanticen la dignidad y optimicen la calidad de vida. Por lo tanto, en la labor del cuidado, se encuentra paulatinamente esa interconectividad con el otro desde un apoyo sistémico sobre el cual se debe considerar cada caso en particular, cada paciente, como un individuo con multiplicidad de percepciones y comportamientos que en gran medida pueden ser orientados en el proceso para brindar los mejores resultados.

Para Ventocilla (2017), el cuidado implica la realización de una actividad que demanda tanto valor personal como profesional, dirigido a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida, lo cual tiene su punto de partida en la relación enfermero(a) – paciente; dado que se trata de una relación terapéutica, debe evidenciar el interés por el otro, esforzarse en su atención, y concentrarse en las acciones dirigidas a este ser humano. Es por ello que el respeto hacia los demás y hacia los parámetros establecidos en esta profesión y en las que refieren una labor asistencial hacia los pacientes, es una pieza clave en el proceso del cuidado.

La calidad en el cuidado, maneja el término integral para dimensionar todas las características que deben hacer parte de la práctica, es decir, el cuidado visto desde todas

las perspectivas que garanticen la dignidad y optimicen la calidad de vida. Por lo tanto, en la labor de la enfermera y los profesionales sanitarios, se debe tomar parte de la interconectividad de la relación con el paciente, como un apoyo sistémico sobre el cual se considera cada caso en particular y cada paciente, como un individuo con multiplicidad de percepciones y comportamientos que en gran medida pueden ser orientados en el proceso, para fortalecer los resultados de la intervención médica.

Ciertamente, la concepción de los hospitales y las acciones en torno al cuidado, fueron cambiando con el tiempo. Los requerimientos en torno al área de la salud se agudizan y no siempre es suficiente con aplicar las técnicas y los conocimientos, si no que se debe trabajar para cumplir con el objetivo de generar un espacio que fortalezca y cualifique la práctica. De aquí que la relación enfermera paciente, refiera el cuidado como una dimensión propia y personal, de acuerdo a Ventocilla (2017), donde se involucran valores, conocimiento y voluntad en el acto de cuidar. Por esta razón el profesional no solo debe estar preparado científica, académica y clínicamente, sino que debe ser un agente humanitario y moral en cada una de sus actuaciones al interior de estas transacciones humanas (Santamaría et al, 2015)

Teoría del Cuidado de Watson

Una de las teorías más representativas en torno al cuidado, ha sido la desarrollada por Jean Watson. En sus palabras, Watson (citado por Rivera y Triana, 2007) el cuidado en enfermería se centra en

“facilitar la consecución de una persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a

uno mismo, auto curación y autocuidado al tiempo que alienta un aumento en la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana”. (p.3)

Este concepto encierra la complejidad del cuidado en todas sus dimensiones frente a un momento determinado, o lo que él denomina, “una ocasión de cuidado”, donde enfermera y paciente realizan una transacción humano – humano, lo cual abarca un campo que encierra la totalidad de la experiencia humana con todos sus componentes, además de los aspectos ambientales y el sentido y significado que cada uno le da a las percepciones respecto a si mismo. Algunos de los supuestos de su teoría y relacionados con los valores del cuidado humano, encierran consideraciones respecto al amor y su relación con el cuidado y la asistencia, como piedras angulares de la condición humana y con frecuencia subestimados, esta perspectiva corresponde a que su teoría tiene un enfoque filosófico existencial – fenomenológico.

Figura. 1. Teoría Jean Watson



Desde esta perspectiva la teoría de Watson atiende al conjunto espíritu, cuerpo y alma, a través de la relación de ayuda y de confianza que se establece entre la persona cuidada y el cuidador. De acuerdo a Urra, Jana y García (2011), la revisión de las fuentes filosóficas de esta teoría, revitaliza aspectos perdidos o invisibilizados, en sus términos

El alma (espíritu, o interior de sí), el dualismo (experiencias subjetivas/objetivas), la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual, y la autotrascendencia, aspectos que han estado siempre presentes en enfermería pero que han sido opacados o subvalorados por el enfoque positivista y tecnológico. (p.12).

Es así como la enfermería, siendo una profesión de cuidado, demanda habilidades para mantener el ideal del mismo (Patarroyo y Torres, 2011). Es importante hacer hincapié en que su teoría de cuidados transpersonales, funda la coherencia entre la teoría y la práctica del quehacer en enfermería,

Categorías del cuidado humanizado

Ventocilla (2017) hace hincapié en una serie de comportamientos que en su conjunto conforman el escenario del cuidado humanizado, y su significado desde la teoría de Watson., los cuales se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Categorías del Cuidado Humanizado

Categoría	Concepto
Sentimientos del paciente	Aquellos sentimientos derivados de la interacción

	paciente – enfermera como sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, sentir afecto, crecer como ser humano.
Apoyo emocional	El apoyo percibido por el paciente durante la relación de cuidado, desde el trato cordial y comportamientos que generen en él, sentimientos de bienestar.
Apoyo físico	Es recibido por el paciente desde el personal asistencial a partir del momento en que entra en contacto con ellos, desde las acciones más sencillas manifiestas en el lenguaje corporal del profesional, es decir cubriendo de manera holística sus necesidades físicas de manera humana y empática.
Características de la enfermera	Es aquí donde se evidencian los comportamientos de cuidado relativos a la enfermera en su cordialidad en la atención, su conducta genuina y su sinceridad.
Cuidado del hacer de la enfermera	Hace referencia al óptimo desempeño profesional que son identificados por el paciente a través de rasgos como la sencillez, humildad, amabilidad, siguiendo las indicaciones del tratamiento, trabajando en equipo, brindando apoyo en las relaciones interpersonales y transpersonales.
Proactividad	Aquellos comportamientos que dan cuenta de una atención anticipada, dando información precisa y oportuna al paciente en torno a su proceso y evolución, respondiendo a sus inquietudes y explicando los procedimientos.
Priorizar al ser cuidado	Una preocupación primordial por el individuo objeto de cuidado, conservando su calidad de paciente y persona, haciendo referencia al cuidado transpersonal preservando la dignidad, humanidad e integridad.
Empatía	Aquellas interacciones positivas, generando

	disponibilidad y facilidad para acercarse al otro y promoviendo su receptividad, comprendiendo las percepciones y sentimientos de la otra persona y manifestando su capacidad de comunicar dicha comprensión.
Disponibilidad para la atención	Hace alusión a la disposición para identificar el momento de cuidado, estar pendiente de las necesidades del paciente a nivel físico y emocional, y actuando oportuna y eficazmente.

Fuente. Ventocilla (2017)

En este orden de ideas, es importante hacer referencia a lo que denominan Alonso, Acevedo y Nin (2017), como “el cuidado de lo invisible”, una expresión que como su nombre lo indica, alude al sufrimiento psicológico que experimenta el paciente hospitalizado, y que puede dejar importantes secuelas, más allá de las físicas. De lo que se trata es de evitar dichas secuelas o detectarlas para ser paliadas eficazmente, siendo una labor que comúnmente desarrollan los psicólogos, pero que el personal sanitario dentro de su cuidado humanizado debe estar en condición de abordar.

Para el autor, en este amplio escenario son múltiples los factores y elementos que deben ser tomados en cuenta ante la condición del paciente hospitalizado, siendo algunos de ellos el nivel de aislamiento y/o separación de sus familiares y cercanos, la potencial pérdida de la dignidad ante la desnudez y la exposición a extraños, la falta de intimidad, la dependencia de otras personas desconocidas y maquinas, la incomprensión y la sensación de despreocupación hacia su persona por parte de los funcionarios, el enclaustramiento y la monotonía del día a día (Alonso et al, 2017).

Humanización en el servicio

La humanización en el servicio representa en la actualidad un tema que encierra una complejidad inherente al área de la salud y todas sus dimensiones y para ello el recurso humano requiere estar al tanto de parámetros claros en torno a sus implicaciones sobre el escenario de derechos y deberes tanto de personal sanitario y administrativo como de los usuarios de las instituciones y entidades de salud.

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española, humanizar se define como la acción de hacer humano, familiar y afable a alguien o algo, además de ello, se refiere a lo humano como sustantivo y como adjetivo simultáneamente y en este orden, connota con otros conceptos significantes como solidaridad, caridad, dignidad, cercanía y afecto, por lo tanto, la tarea de humanizar la asistencia sanitaria compete también a todos, instituciones públicas y privadas, profesionales, pacientes y familias de pacientes (García, 2013). En consecuencia, su opuesto, la deshumanización estaría en varios sentidos precedida por el uso de la tecnología en detrimento de la condición humana, la masificación, despersonalización y burocracia en los entornos socio- sanitarios, la superespecialización, el trabajo de los agentes sociales, sanitarios y socio- sanitarios, criterios mercantilistas, negación del sufrimiento entre otros, de acuerdo a Posse (2013).

Este mismo autor, hace referencia a que *“el objetivo último de la humanización es mejorar la salud integral del paciente – usuario, sin olvidar las de los profesionales e instituciones que intervienen en el proceso de curar y cuidar”*. No obstante, de acuerdo a Rodríguez (2014), es notoria y creciente, una distancia cada vez mayor entre profesionales de la salud y pacientes, dentro de lo que se encuentran las dificultades en

la comunicación, la fragmentación de la atención dado que diferentes profesionales estudian diferentes “partes” del paciente y en muchos casos hay exclusión del enfermo como unidad total y parte activa de la relación.

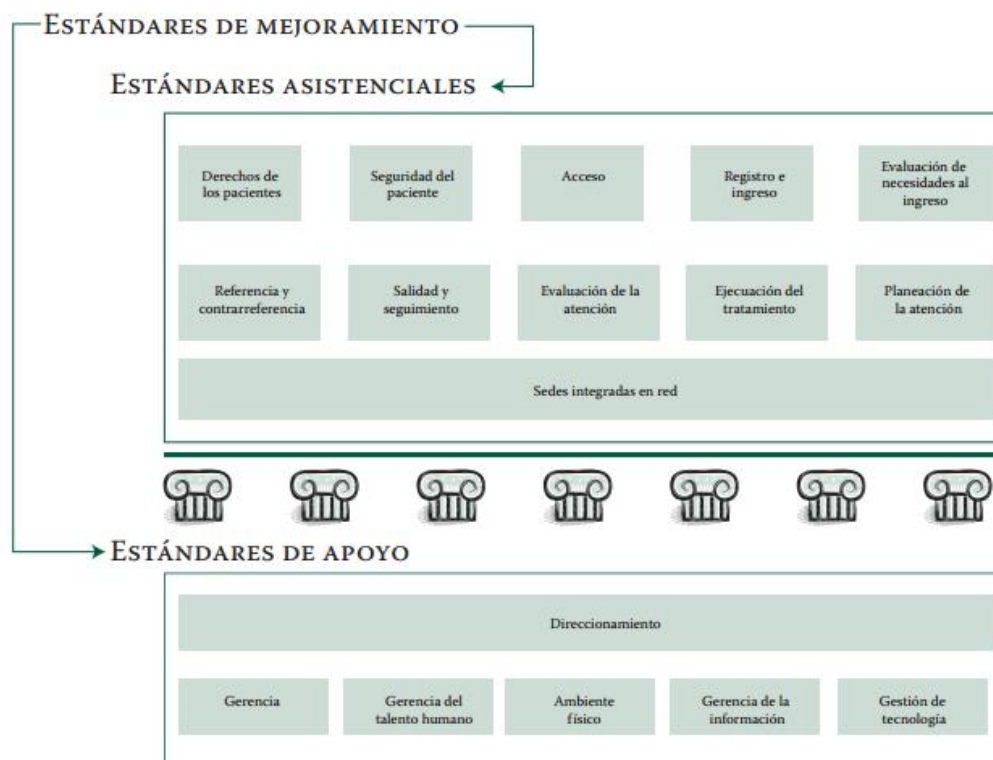
Rodríguez (2014) también indica que la deshumanización es reflejo de la ocurrencia de fenómenos sociales similares en la comunicación entre seres humanos cuya relevancia en el caso de los servicios de salud, es que cuando el ser humano enferma, requiere mayor atención, diálogo y proximidad y las relaciones humanas en general se han trivializado, a lo que se suma el ritmo acelerado de la vida en la actualidad, lo cual impone formas de comunicación y esquemas de interacción superficiales. Sobre este punto se habla del enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud, reconociendo que no solo en este ámbito se presenta, ya que los sectores sociales se enfrentan crisis relacionadas con la pérdida de vista del ser humano, la masificación y la cosificación del sujeto.

De aquí que, la humanización en los servicios de salud también debe verse como un reto de calidad de las instituciones, no solo en la humanización de la atención al usuario sino también en el abordaje de la problemática de los trabajadores de la salud, es decir, se requiere también un alto grado de humanización de los procesos, es decir, que la organización misma tome conciencia de que quienes en ella trabajan, constituyen su recurso humano, pues desde su actuar se van a optimizar los demás recursos.

Una de las herramientas fundamentales con la que se cuenta en la actualidad en torno al tema, la constituye el Manual de acreditación en salud el cual propone avanzar aún más en la línea de humanización de la atención; en este se establecen estándares

aplicables a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos. Para efectos de la presente investigación, interesan particularmente los estándares del proceso de atención al cliente asistencial, los cuales se encuentran articulados como lo muestra la siguiente figura (Ministerio de Protección Social, 2011):

Figura 2. Grupos Estándares Manual de Acreditación en Salud



Como se puede observar, los estándares asistenciales se encuentran conformados por subgrupos de estándares: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento, y contrarreferencia (Ministerio de Protección Social, 2011), todos los cuales juegan un

papel clave al momento de evidenciar no solo la atención humanizada sino la calidad de atención.

Este documento presenta en su preámbulo, respecto a la intencionalidad de los estándares asistenciales, lo que se espera de una institución que dé cumplimiento a los anteriores estándares referidos, desde el enfoque de humanización en los servicios. Es así como señala textualmente (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 27 - 28):

Que durante su atención, a los pacientes les sean respetados sus derechos;

Que conozcan cuáles son los deberes;

Que reciban la atención que la institución ofrece, sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad;

Que la atención del paciente y su familia se realice de forma congruente con las características socioculturales, individuales y consulte sus necesidades y expectativas sobre la atención;

Que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento, de acuerdo con sus condiciones específicas de salud, y

Que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, respeto a sus derechos, de manera informada, con

acciones de educación sobre su enfermedad o condición de salud y con el propósito de obtener los resultados de la atención.

Que se evalúe la implementación del plan de cuidado y tratamiento para que el paciente obtenga los resultados esperados de la atención.

Que el paciente reciba una adecuada finalización del tratamiento y un plan de cuidados posterior al egreso.

Que al paciente que requiere ser referido se le garanticen las condiciones para la continuidad de la atención en el lugar de referencia y, si es necesario, el regreso a la institución.

Que el paciente se beneficie de las acciones de mejoramiento de los procesos de cuidado y tratamiento.

Es claro que todos estos aspectos, giran en torno a la ética y esta a su vez, en la humanización del servicio, reconociendo la naturaleza del hombre y sus necesidades, propiciando su bienestar físico y mental. Se trata de reconocer cuando se está presentando o no, un dilema ético en la práctica, cuando la conducta no es congruente con las funciones y el carácter humano que debe evidenciar la atención en salud.

METODOLOGIA

Tipo de Investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo el cual tiene como fin la medición objetiva de un fenómeno, formulando tendencias, planteando nuevas hipótesis, y construyendo teorías a partir de ello (Hernández, Baptista y Fernández, 2014). De acuerdo a ello, se presenta este como el más idóneo para el desarrollo del presente estudio, por cuanto permite la descripción de la percepción del cuidado humanizado desde el empleo de un instrumento de medición, considerando la vulnerabilidad y condiciones que supeditan la hospitalización y el complejo trabajo que se desarrolla en las instituciones sanitarias.

Diseño

El diseño de investigación fue descriptivo de corte transversal, el cual ofrece la posibilidad de especificar características, propiedades y perfiles de personas, grupos, comunidades u otros, que se quieran someter a análisis, en un momento y espacio único, de acuerdo a Hernández, et al (2014); este tipo de diseño se aplicó al estudio en curso, ya que por sus características permite profundizar en todas y cada una de las variables que convergen en el proceso de cuidado humanizado desde el personal sanitario, las cuales no son mutuamente excluyentes, sino que, por el contrario, interactúan para generar la percepción positiva o negativa de los servicios prestados por parte de los pacientes y sus familias.

Hipótesis

La percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de la Clínica Norte de la ciudad de Cúcuta es favorable.

Hipótesis Nula

La percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de la Clínica Norte de la ciudad de Cúcuta no es favorable.

Población

Se trata de una población aproximada de 227 Pacientes (o familiares) que ingresan a los servicios de hospitalización mensualmente en la Clínica Norte de la ciudad de Cúcuta.

Muestra

Se realiza un muestreo no probabilístico por conveniencia, referido a aquel que permite seleccionar aquellos casos accesibles y que acepten ser incluidos de acuerdo además, a la proximidad con el investigador (Otzen y Manterola, 2017); de esta manera la muestra quedó constituida por un total de 40 pacientes (o familiares) que recibían los servicios de hospitalización en la Clínica Norte de la ciudad de Cúcuta, y que respondieron a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión

Pacientes hospitalizados en la clínica con un tiempo no menor a 24 horas.

Contar con un estado de salud propicio para responder el cuestionario.

Pacientes hospitalizados que pudieran leer y escribir, para, a través del consentimiento informado, participar autónoma y voluntariamente de la investigación

Mayores de 18 años

Criterios de Exclusión

Pacientes en estado crítico o recientemente intervenidos quirúrgicamente.

Menores de edad

Paciente que no sepan leer ni escribir.

Instrumento

Se ha seleccionado como instrumento para recabar la información, el Cuestionario de “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”. PCHE 3ª Versión. Este instrumento fue elaborado por Rivera y Triana (2007) el cual surge como resultado de una investigación previa realizada por Alvis (2001 citado por Rivera y Triana, 2007), en el que se indagó la experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización, del cual derivaron nueve categorías que describen la experiencia de recibir cuidado de enfermería humanizado. A Partir de estas categorías, se construyeron los ítems del instrumento (Apéndice A).

En su tercera versión el instrumento consta de 32 preguntas distribuidas en tres categorías: Cualidades del hacer de enfermería, Apertura a la comunicación

enfermera(o) – paciente y Disposición para la atención. Se utiliza una escala de Likert de 4 puntos, en donde 1 corresponde a nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre.

Operacionalización de Variables

Tabla. 2. Operacionalización de Variables

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	ÍTEMS
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.	1. Le hacen sentirse como una persona 2. Le tratan con amabilidad 6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted 7. Le hacen sentirse tranquilo(a), cuando están con usted 8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan 15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado 17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores
Apertura a la comunicación enfermera(o) – 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 trasmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y	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

	la comprensión de quien es cuidado.	
Disposición para la atención	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>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>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. González (2014)

Confiabilidad

González (2014), calculó el alfa de Cronbach para medición de la consistencia interna, que arrojó una calificación de 0,96, de lo que se entiende que la correlación de los ítems dentro del instrumento mide las mismas características asociadas al fenómeno de la humanización, ello hace que el instrumento sea confiable para su aplicación, si se

considera que un nivel de fiabilidad con un valor superior a 0,9 se clasifica como excelente.

Validez

El instrumento cuenta con un índice de aceptabilidad o acuerdo por parte de las expertas de 0,92 en cuanto la validez facial y un índice de validez de contenido (IVC) de 0,98. De acuerdo a González, (2014), esto significa que el instrumento en el conjunto de sus ítems demuestra una validez facial y de contenido frente a la 3ª versión.

Procedimiento

Fase I. Fase Documental

Esta se define como una etapa netamente documental y documental que abarca desde la idea, su delimitación, los aportes epistemológicos y el reconocimiento de posibles vacíos conceptuales en torno al tema, desde los cuales se identifica con claridad el problema, formulando el interrogante base del estudio.

Consecuentemente, se constituye a través de una recolección de información para la construcción de la fundamentación teórica a partir de la revisión bibliográfica y documental alrededor de los temas pertinentes al estudio y revisión de otras investigaciones realizadas para la construcción de antecedentes que permitan explorar la investigación desde otras perspectivas. De esta manera se realiza un primer acercamiento al director de la institución, para explicar el interés de la investigación con

fundamento en la previa consolidación de la propuesta de donde se parte hacia la construcción de objetivos, justificación y elaboración de referentes teóricos.

Fase II. Fase Metodológica

Corresponde a esta fase el diseño metodológico de la investigación, es decir, la sustentación procedimental del estudio; a partir de este punto se establece el enfoque y el método de investigación, paso fundamental para la exploración e identificación del instrumento que más se ajuste al interés del mismo, a su vez, considera la garantía que este ofrece en términos de confiabilidad y validez, su objetividad e incluso la posibilidad de réplica, que para efectos de este estudio es principio clave del enfoque cuantitativo.

En este mismo marco, se atendió a las particularidades contextuales, mismas que permitieron definir el tamaño de la muestra y los criterios de inclusión y exclusión, tratándose en este caso, de una población altamente vulnerable y con diversas características como lo son los pacientes hospitalizados de una entidad de salud. Es por ello que a partir del reconocimiento del contexto se planteó la hipótesis del estudio.

Seguidamente, una vez seleccionado el instrumento, a saber, el Cuestionario de “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”. PCHE 3ª Versión, se procede al proceso de operacionalización de las variables, para comprender cada una de las variables abordadas por el mismo.

Fase III. Fase Empírica

Esta hacer referencia al proceso de implementación del instrumento, previa autorización del director de la institución. Posterior a ello, se identificaron los espacios

en los cuales se podría abordar la población sin perjuicio de su condición de salud o ruptura de los horarios y normatividad establecida por la institución, en particular referida al servicio de hospitalización. Por ello se realizó un reconocimiento previo del espacio y el servicio a través de dialogo informal con el personal sanitario, buscando además conservar las consideraciones éticas propias de la investigación con seres humanos y pertinentes al ejercicio psicológico.

Los pacientes fueron seleccionados uno a uno atendiendo a los criterios de inclusión y de exclusión previamente establecidos, dando cuenta de un muestreo por conveniencia dadas las características particulares de la población. Este fue un proceso paulatino cubierto a lo largo de un mes, donde se socializaron los objetivos del estudio y se presentó el instrumento a pacientes y familiares que se encontraban con ellos, recibiendo la aprobación o la negación a la participación de acuerdo a su criterio, el cual no fue cuestionado por el investigador. Una vez el paciente o familiar, acepta la participación, se procedió a la firma de consentimiento informado (Apéndice B), para posteriormente aplicar el cuestionario de forma heteroaplicada o autoaplicada, estando atento a la aclaración de cualquier interrogante.

Fase IV. Fase Operativa

Se realiza en análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento, estos fueron analizados a partir de la instrucción de los datos numéricos de cada uno de los participantes, en hojas de cálculo de Microsoft Excel, iniciando con los datos sociodemográficos para la caracterización de la muestra, y los ítems del instrumento en el orden establecido por este para cada una las variables de análisis del

mismo: Cualidades del hacer de enfermería, Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y Disposición para la atención.

La información obtenida fue tabulada, analizada e interpretada cuantitativamente y posteriormente a la luz de la teoría, ello permitió generar la discusión, conclusiones y recomendaciones. Para dar respuesta al interés de la institución y cumplimiento del uno de los objetivos de la investigación, se diseñaron estrategias orientadas al personal asistencial, desde la óptica de la psicología de la salud (Apéndice C).

Consideras Éticas

Para el manejo ético de los aspectos relacionados con la investigación, se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

Socialización de los objetivos y firma del consentimiento informado, previo a la aplicación del instrumento, con observancia de la resolución 008430 del 4 octubre de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud”.

El tipo de estudio de acuerdo a esta misma norma del Ministerio de Salud, refiere la presente como una “investigación sin riesgo”, ya que el objetivo es obtener información y describir la percepción de los usuarios, sin uso de intervenciones que pongan en riesgo su salud física, mental o emocional.

Se respetaran a cabalidad los derechos, dignidad, intereses y sensibilidad de las personas y se garantiza la confidencialidad y se resguardará la identidad de los

participantes, siguiendo además los principios de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía y demás consideraciones estipuladas en el código deontológico de la profesión del psicólogo.

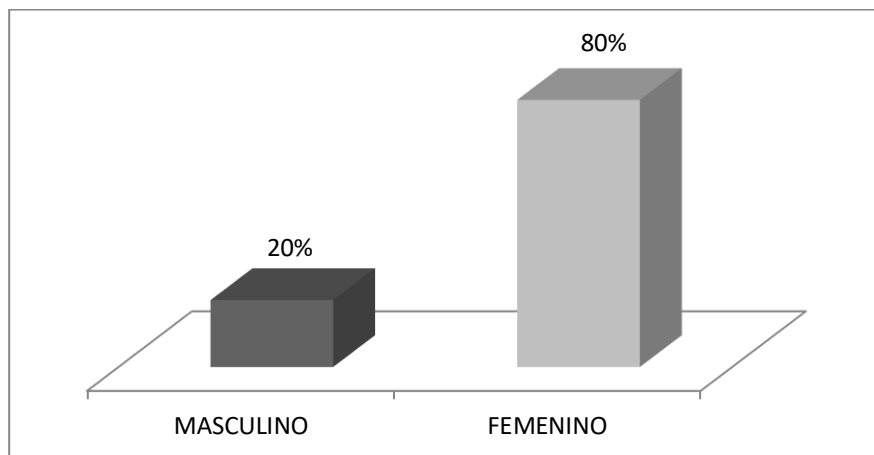
RESULTADOS

En este apartado se muestran características de la población y los criterios de selección de la población de estudio, posteriormente se describe su caracterización sociodemográfica y el análisis de los resultados de la aplicación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidados humanizados en Enfermería PCHE 3ª Versión, en sus tres dimensiones y a nivel general.

Datos sociodemográficos

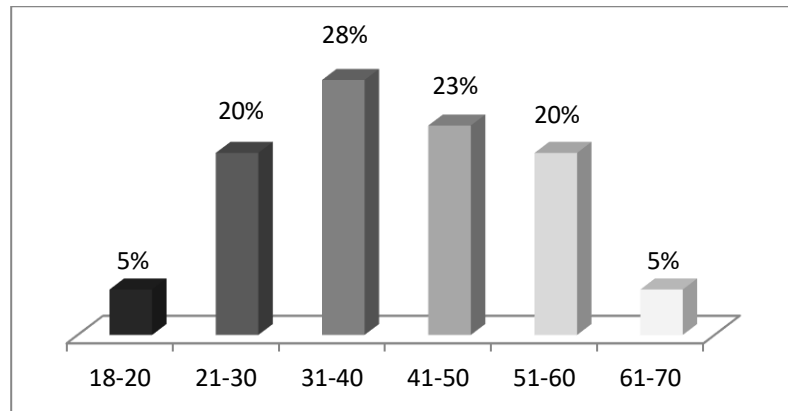
Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta sociodemográfica son descritos a continuación atendiendo a cada uno de sus componentes.

Figura 3. Distribución de participantes por género



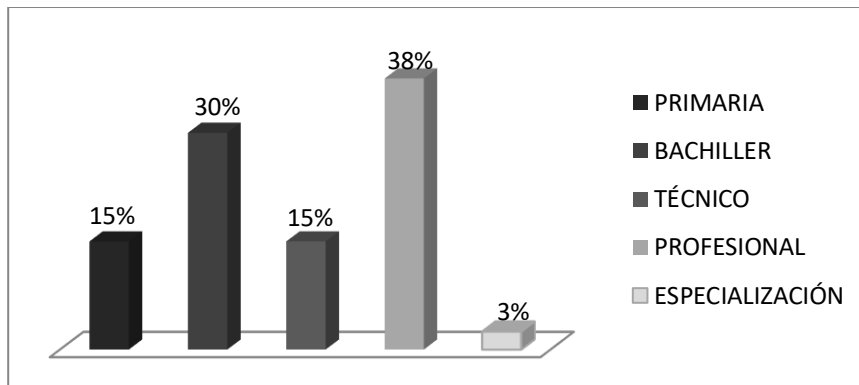
Se encontró una prevalencia del género femenino del 80% frente a un 20% del género masculino.

Figura 4. Distribución de los participantes por edad



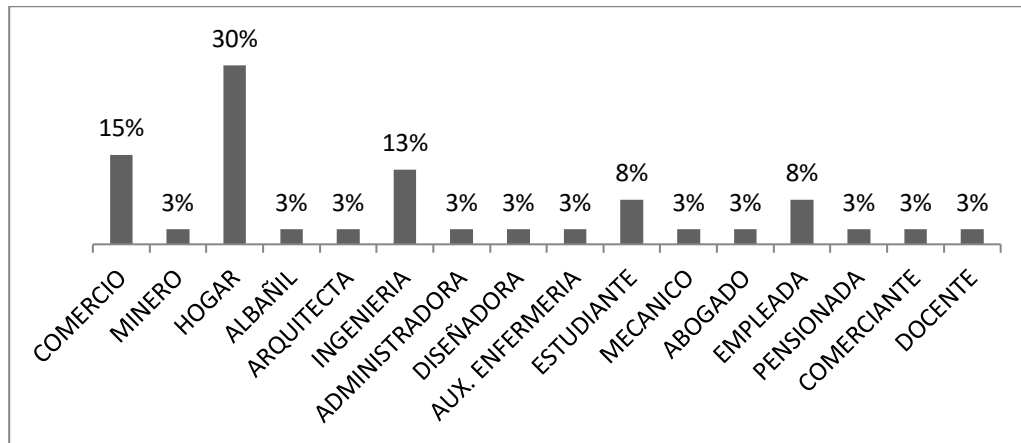
La edad de los participantes presentó mayor prevalencia en los intervalos en años 31 – 40 (28%) y 41-50 (23%) en los que se agrupó el 51 % de la población, mientras que el 49% se estableció en los intervalos de 18-20 (5%), 21-30 (20%) igual que el intervalo 51-60 (20%) y finalmente el rango de edad de 61 – 70 (5%).

Figura 5. Distribución de los participantes por nivel de escolaridad



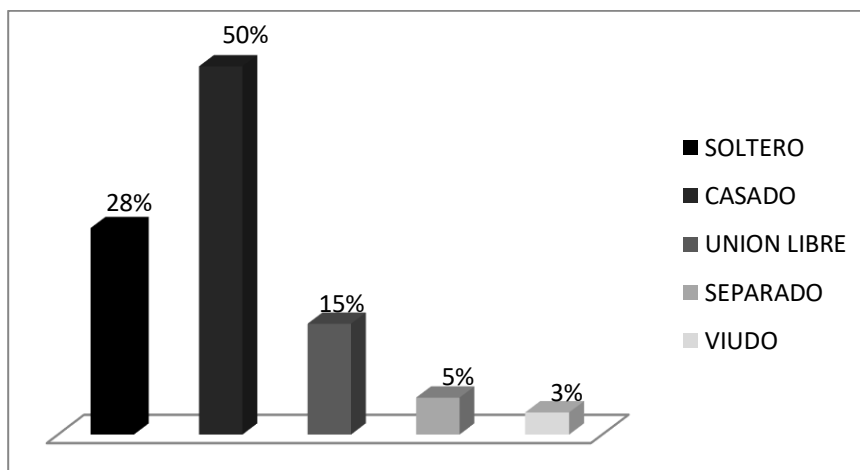
De acuerdo a los participantes el 15% aprobó la primaria, 30% obtuvo el título de bachiller, un 15% afirma contar con un estudio técnico y el 38% refiere ser profesional en algún área, mientras que solo el 3% cuenta con un título de postgrado como especialización.

Figura 6. Distribución de los participantes por ocupación



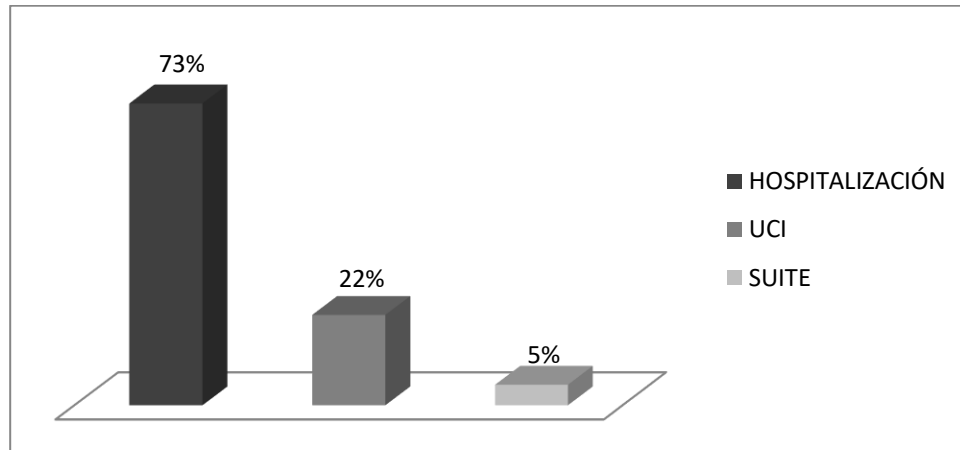
Al indagar la ocupación actual de los participantes, sobresale el cuidado del hogar con un 30%, seguido de comercio 15%, para la profesión de ingeniería 13%, por otra parte los participantes que afirman ser estudiantes y empleados comparten el mismo porcentaje de 8% mientras que el 33% restante de la población se concentra para el resto de oficios: minero, albañil, arquitecto, administrador, diseñador, auxiliar de enfermería, mecánico, abogado, pensionado, comerciante y docente con un 3% en cada caso.

Figura 7. Estado Civil



El mayor porcentaje de participantes se encuentra casado con un 50%, mientras que un 28% permanece soltero y el 15% de la población afirma vivir en unión libre con su cónyuge, el 5% es separado y solo el 3% refiere ser viudo.

Figura 8. Distribución por tipo de servicio



De acuerdo al tipo de servicio al que accede el usuario, se evidencia que el 73% corresponde al servicio de hospitalización, el 22% de los participantes eran usuarios del servicio de UCI y un 5% de hospitalización en suite.

A partir de estos datos se presenta la caracterización sociodemográfica de los participantes a partir de las cifras más recurrentes en la muestra, como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 3. Caracterización sociodemográfica de los participantes

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		

18 – 30	10	25%
31 – 40	11	28%
Género		
Femenino	32	80%
Estrato socioeconómico		
Tres	15	38%
Cuatro	9	23%
Ocupación		
Hogar	12	30%
Comercio	6	15%
Nivel de Escolaridad		
Profesional	15	38%
Bachiller	12	30%
Servicio		
Hospitalización	29	73%
Diagnostico		
Virus	5	13%
Fractura de Fémur	3	8%
Bronquitis	3	8%
Tiempo de hospitalización (días)		
2	16	40%
4	9	23%

La anterior tabla, permite identificar las frecuencias y porcentajes más prevalentes en cada una de las variables que representan el perfil sociodemográfico de las 40 personas participantes, la cual en su mayor parte estuvo constituida por individuos de género femenino, en un 38% de estrato socioeconómico 3 y 24% de estrato 4. Así mismo, el 30% de estas se ocupaba al hogar y 15% al comercio. En torno al nivel educativo, un 38% tenía formación profesional.

El 73% de los participantes, se encontraban recibiendo servicios generales de hospitalización, atendiendo a que la Clínica Norte en este, cuenta con diferentes niveles distribuidos en el Ala A (66%) y el Ala B (7%), diferenciadas por su comodidad y amplitud de los espacios. En este mismo orden, un 7% de los participantes se encuentran hospitalizados en el ala Suite, la cual cuentan con espacios particulares y características de servicio con atención personalizada centrada en la comodidad del paciente.

El tipo de diagnóstico fue notablemente variado, encontrando dentro de estos una multiplicidad de patologías que estaban siendo atendidas como preclampsia, accidente laboral, cirugía gástrica, parto normal, parto por cesárea, dolor lumbar, cirugía, neumonía, dengue, braquicardia, migraña, preclampsia severa, cirugía estética, accidente de tránsito, problemas respiratorios, tumor en el estómago, aneurisma, falla cardiaca, entre otros, donde el mayor porcentaje de pacientes se encontraba hospitalizado con un diagnóstico de enfermedad ocasionada por virus en un 13%, seguido de fractura de fémur 8% y bronquitis con otro 8%.

En cuanto a los tiempos de hospitalización en días, se encontró una prevalencia de pacientes hospitalizados por un día con el 40% y 4 días con el 23%, los primeros

principalmente generados por procesos de estabilización del estado de salud, observación y alta médico, en tanto los pacientes que presentaron complicaciones de salud o diagnósticos de mayor complejidad que incluso podían estar siendo atendidos en la UCI, fueron hospitalizados entre 4 (23%) y 10 (3%) días, subrayando que ninguno de los participantes al momento de la aplicación del instrumento llevara 7 o 9 días hospitalizado.

A continuación se presentan los resultados de la aplicación del cuestionario Percepción de Comportamientos de Cuidados humanizados en Enfermería PCHE 3^a Versión, en sus tres dimensiones: cualidades del que hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y disposición para la atención haciendo hincapié en la frecuencia de respuesta de cada uno de los ítems que las componen para una mayor profundización del análisis.

Resultados Cuestionario PCHE 3

El cuestionario aplicado se encuentra constituido por tres dimensiones, cada una de las cuales se evalúan a partir de ítems previamente operacionalizados de la siguiente manera:

Cualidades del hacer de enfermería: 1, 2, 6, 7, 8, 15,17.

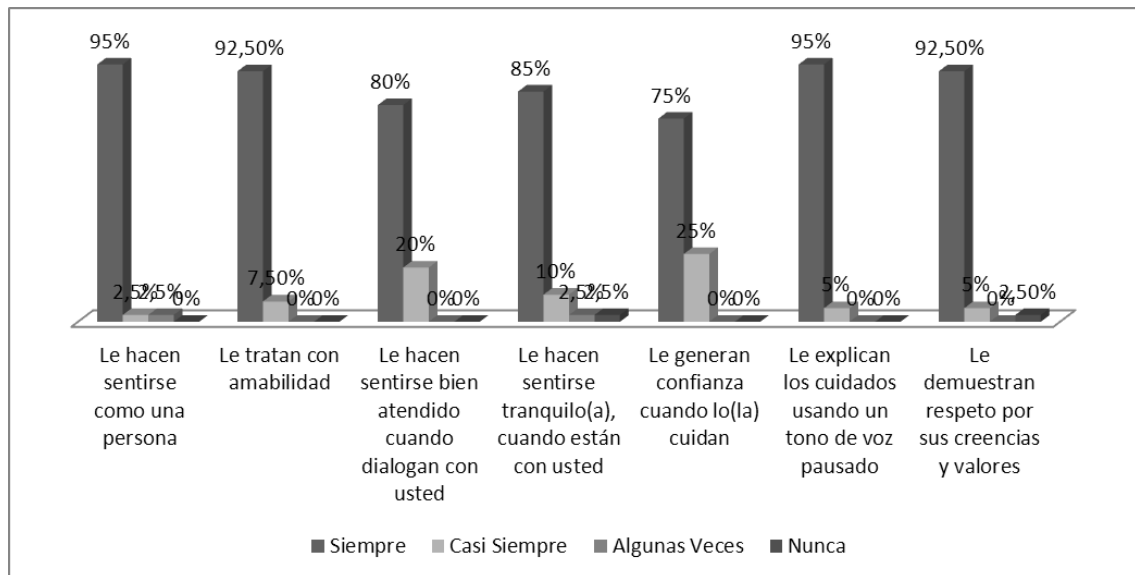
Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, 19

Disposición para la atención: 3, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32.

Cualidades del hacer de enfermería

Esta dimensión hace referencia a las cualidades y valores que caracterizan al personal que brinda cuidado (González, 2014).

Figura 9. Cualidades del que hacer de enfermería.



El primero de los ítems de la dimensión enfocada en las cualidades del hacer de la enfermera, de acuerdo a las respuestas de los participantes, evidencia que en un 95% siempre el personal les hace sentirse como una persona y uno de ellos correspondiente el 2,5% indica que algunas veces; un porcentaje igualmente representativo se encuentra en el segundo ítem, donde el 92,5% indica que el personal le trata con amabilidad de acuerdo a su percepción, resaltando que el 7,5% restante indica que así sucede casi siempre. Estos ítems se encuentran estrechamente ligados con la base misma del quehacer del personal sanitario y propiamente del quehacer de la enfermería, la cual se

sostiene en el buen trato, digno y considerado con la condición humana comenzando con ello a construir una relación significativa tal como refiere Contreras et al (2012).

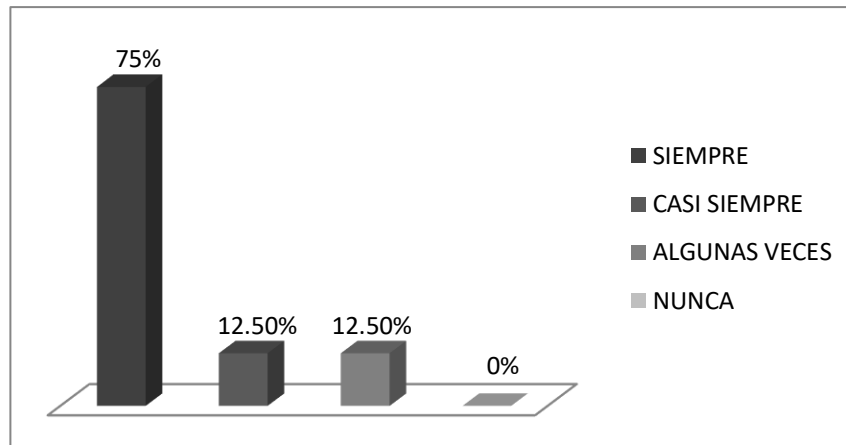
En la misma dimensión se encuentra el ítem le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted, en el cual el 80% refiere siempre haber tenido esta percepción mientras que el 20% restante algunas veces, en cuanto a la tranquilidad que el personal asistencial logra transmitir al paciente un 85% de los participantes afirman haberla experimentado, mientras el 10% algunas veces y el 2,5% casi siempre y el 2,5% afirma nunca haber percibido esta tranquilidad.

Así mismo un 75% afirma que el personal asistencial le genera confianza cuando lo cuidan, frente a un 25% que no experimento esta relación de confianza, por otra parte un alto porcentaje de la población 95% noto un tono de voz pausado en la explicación de los cuidados por parte del personal asistencial, mientras que el 5% restante algunas veces; el último ítem de esta dimensión: le muestran respeto por sus creencias y valores obtuvo un 92.5% de calificación siempre y 5% algunas veces, mientras que el 2,5% nunca evidencio esta característica del cuidado. Estas características del cuidado señaladas igualmente por Morse (2004) como características de: afecto, relación interpersonal, imperativo moral y humana.

En el siguiente apartado se realiza una descripción de los resultados de la aplicación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidados humanizados en Enfermería PCHE 3ª Versión en sus tres dimensiones: cualidades del que hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y disposición para la

atención; y las implicaciones psicológicas de estos comportamientos es el binomio salud-enfermedad.

Figura 10. Puntuación de cualidades del quehacer de enfermería.

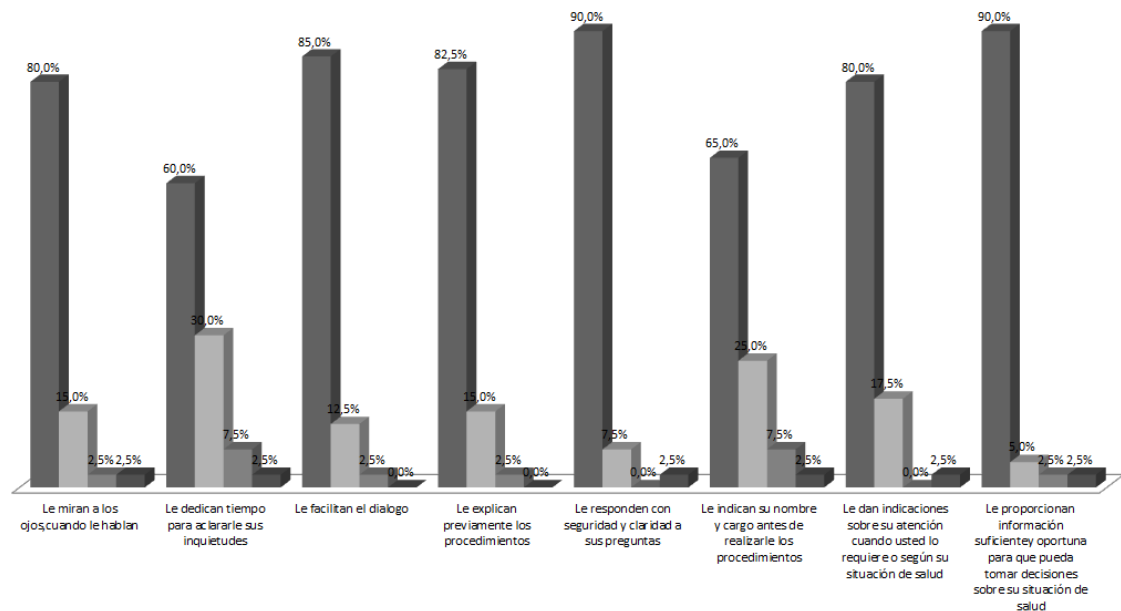


En la dimensión que hacer de enfermería la mayoría de las respuestas puntuaron de 65 – 68 lo cual la engloba dentro de las respuestas siempre, de ello se infiere que en esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente relaciones de bienestar y confianza logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermero paciente.

Apertura a la comunicación

Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta (González, 2014).

Figura 11. Apertura a la comunicación.



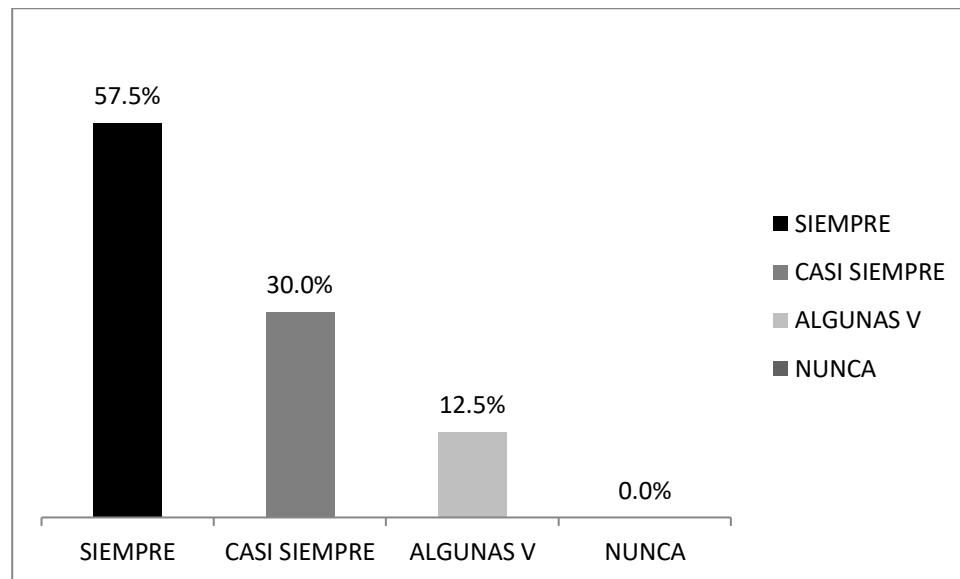
En la dimensión de apertura a la comunicación las percepciones de los usuarios de si el personal le mira a los ojos cuando le habla, un 80% afirma que siempre, un 15% algunas veces, mientras que un el 5% restante se divide en iguales proporciones para algunas veces y nunca; la dedicación de tiempo para aclarar las inquietudes es otro indicador de la apertura a la atención en la que el 60% afirma que siempre percibió esta dedicación, un 30% casi siempre, frente a un 7,5% que algunas veces y un 2,5% que nunca percibió este comportamiento. Se establece la relación de estos ítems a partir de la visión de cuidado de Ventocilla (2017) en la que la calidad esta mediada por la integración de los valores, conocimiento y voluntad en el acto de cuidar.

En ese orden de ideas se expone el ítem medidor de la facilitación del dialogo con un 85% de participantes que experimentaron siempre un dialogo facilitador, lo que concuerda con la medición del 80% de la dimensión anterior en la relación del dialogo y

el bienestar. Un 82% de los participantes afirma que siempre recibe una explicación breve de los procedimientos a realizar, un 15% casi siempre y un 2,5 algunas veces; en esta misma dimensión se encuentra la seguridad y claridad con que le son resueltas las preguntas al paciente con un 90% de efectividad para la muestra, estos ítems están relacionados con la postura Chávez et al, (2013) en la que plantea que la percepción de cuidado esta mediada por las expectativas del paciente, sus necesidades y el rol autopercebido, en cierto grado de vulnerabilidad que se ve fortalecido en la atención y seguridad el personal asistencial.

El 65% afirma que el personal asistencial le indica su nombre y cargo antes de iniciar un procedimiento, un 25% casi siempre y 7,5% algunas veces, lo que refuerza la seguridad del paciente, a través del respeto por los protocolos de atención; el personal asistencial da indicaciones sobre la atención y situación de salud en todas las ocasiones a un 80% de los participantes, 17,5% casi siempre y 2,5 nunca, en cuanto al manejo oportuno y eficaz de la información un 90% siempre percibió este comportamiento, un 5% casi siempre, 2,5% para las respuestas de algunas veces y nunca, por lo que esta relación integral de respeto y toma de decisiones parte de la necesidad de tomar en cuenta a la persona y sus familias ya que el cuidado podría presentarse por debajo de las expectativas del paciente (Santamaría Et al, 2015).

Figura 12. Puntuación de apertura a la comunicación.

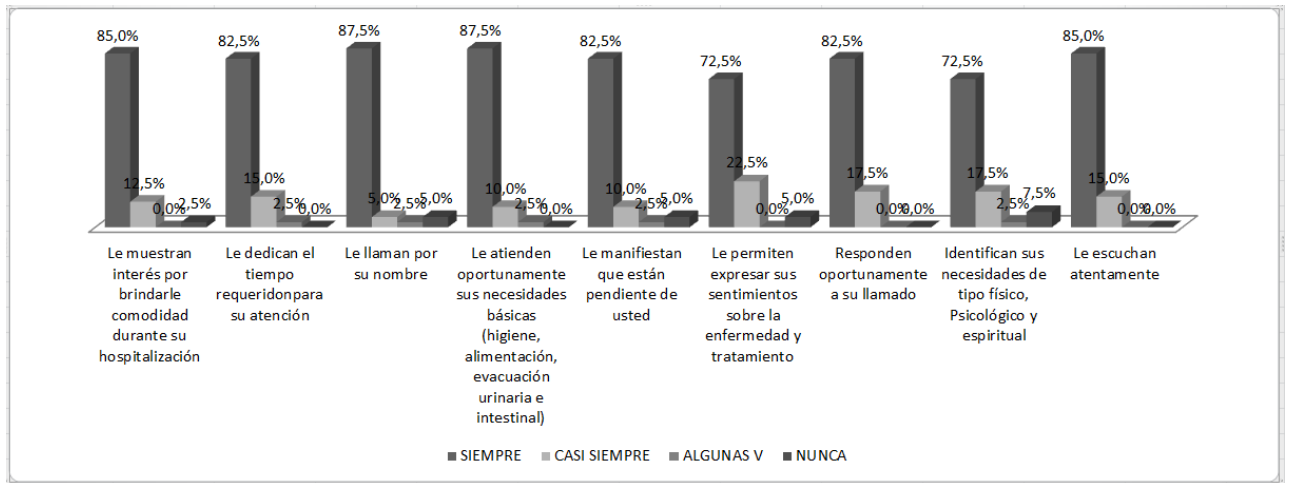


En la dimensión de apertura a la comunicación el 57.5% de las respuestas puntuaron en el rango 30 – 32 lo cual las ubica en siempre, por lo que se infiere que en esta categoría se resaltan comportamientos como escucha activa, diálogo, la presencia y comprensión de quien es cuidado, todo esto parte de un proceso dinámico fundamental para el cambio.

Disposición para la atención

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 (González, 2014).

Figura 13. Disposición para la atención. (Parte 1)



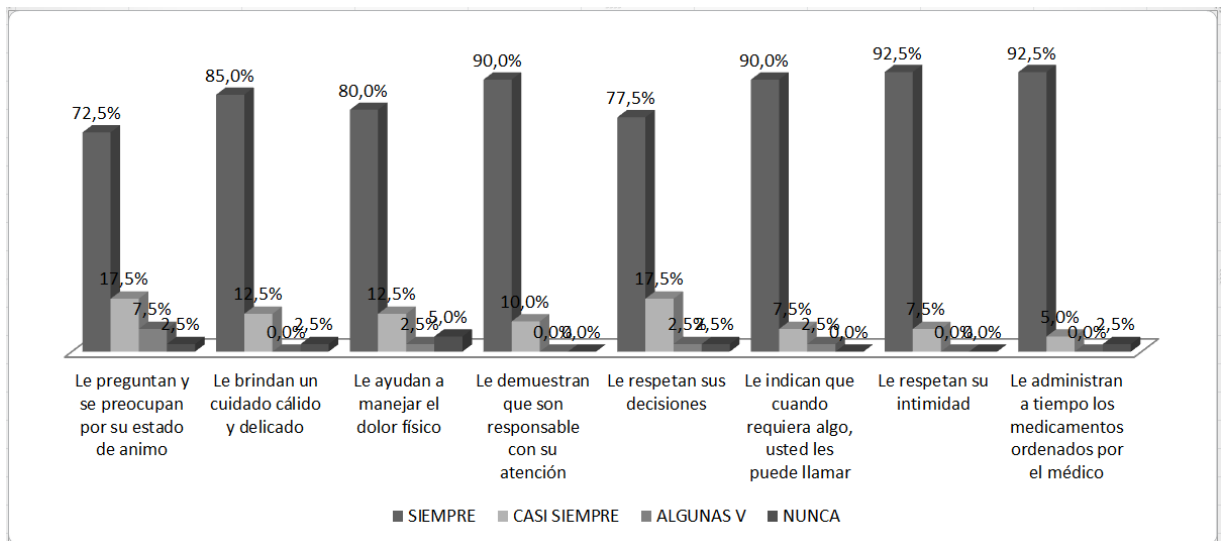
El primer ítem de esta dimensión resalta el interés que el personal asistencial tiene frente a la comodidad del paciente durante su estancia en la institución a lo que el 85% de los participantes respondieron siempre, 12,5% casi siempre y 2,5% nunca, en el aspecto de dedicación de tiempo pertinente para la atención las respuestas de 82,5% para siempre, 15% casi siempre y 2,5% algunas veces, así mismo la respuesta oportuna del llamado con un 82,5% siempre y 17,5% casi siempre, en esta dimensión se evidencia la importancia de fortalecer el vínculo que los une en la relación terapéutica a través de la atención.

A propósito de lo anterior el 82,5% manifestó que el personal siempre está pendiente de su estado de salud, mientras que el 10% afirma que algunas veces percibió esta atención, 2,5% algunas veces y 5% nunca; en cuanto a la expresión libre de sus sentimientos el 72,5% afirma que siempre le es permitido, 22,5% casi siempre y solo un 5% afirma que nunca pudo expresar sus emociones, estas variables se relacionan en la atención percibida una vez establecido el vínculo, fortaleciendo la relación terapéutica.

En cuanto a las necesidades básicas (fisiológicas, psicológicas y espirituales) el 72,5% afirma que siempre fueron identificadas, 17,5 casi siempre y 2,5% algunas veces, 7,5% nunca evidenció la identificación de sus necesidades por parte del personal asistencial. En cuanto al ítem: le escuchan atentamente un 85% afirma que siempre, 15% casi siempre, para un total de 100% en la escucha activa.

A continuación se presentan los resultados de la segunda parte de los ítems pertenecientes a esta categoría.

Figura 14. Disposición para la atención. (Parte 2)



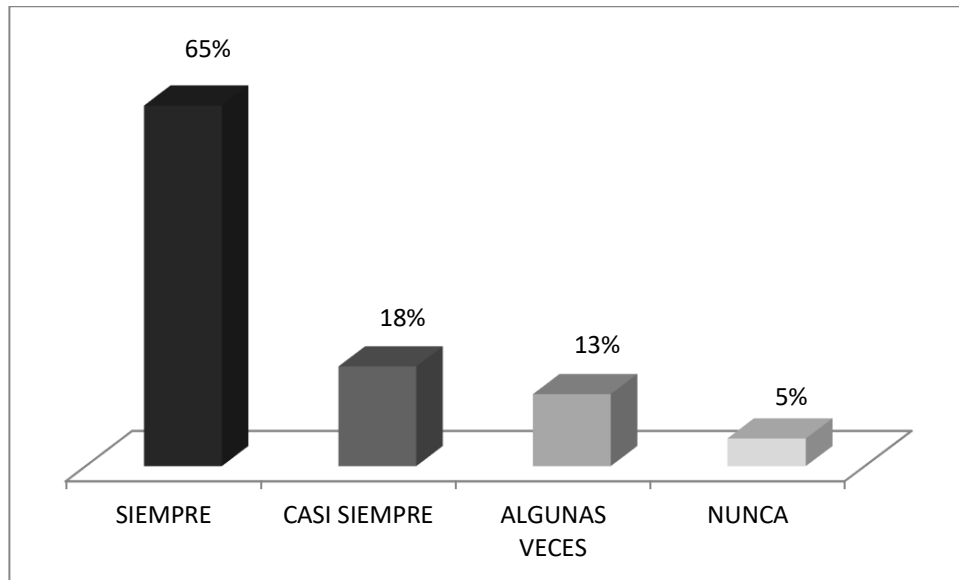
En el ítem “le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo” el 72,5 % respondió siempre, 17,5% casi siempre, 7,5% algunas veces y 2,5% nunca, en esta misma dimensión encontramos el cuidado cálido y delicado en el que un 85% siempre percibió esta calidez, 12,5% casi siempre, 2,5% nunca. Par el ítem de manejo del dolor físico el 80% califico como siempre, 12,5% casi siempre y 2,5 algunas veces junto a un 5% que afirmó nunca. Por otra parte en el ítem que describe la responsabilidad en la atención un 90% afirmo que siempre evidenció este comportamiento, un 7,5% casi

siempre y un 2.5 algunas veces. Estos ítems están relacionados con la importancia que tiene para el paciente la responsabilidad y atención del personal asistencial con la respuesta de percepción de bienestar que según González (2014) ayuda a fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.

En el ítem de respeto a las decisiones un 77,5% respondió siempre, 17,5% casi siempre, 2,5% algunas veces y 2,5% restante nunca, igualmente frente al respeto, esta vez de la intimidad el 92,5% siempre percibió este comportamiento, 7,5% casi siempre, lo que fortalece según Ventocilla (2017) la dignificación de la persona y el fortalecimiento de su autonomía.

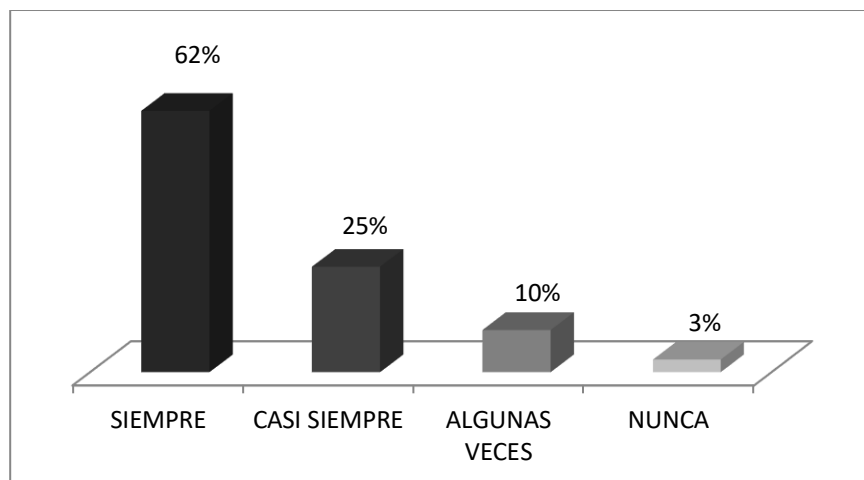
Para finalizar se describen los resultados del ítem “le indican que cuando requiera algo usted los puede llamar” con un 90% siempre, 7,5% casi siempre, 2,5% algunas veces, junto con el ítem de administración a tiempo de los medicamentos que puntuó 92,5% siempre, 5% casi siempre y 2,5% nunca, por lo que estas altas puntuaciones favorecen la consecución de las metas de cuidado que para Santamaría Et al (2015) surgen a partir de la vulnerabilidad compartida del paciente y personal asistencial, brindando una relación propicia para la percepción de cuidado humanizado.

Figura 15. Puntuación disposición para la atención.



La calificación de la dimensión de ubicación en un 65% en el rango de siempre para el instrumento, por ello se puede inferir la importancia que tienen la inmersión en la realidad del paciente para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo en el cuidado.

Figura 16. Resultados generales



De acuerdo a los resultados obtenidos al aplicar el instrumento PCHE 3 se encontró que el 62% de las personas siempre percibieron los comportamientos de cuidado humanizado del personal asistencial de la Clínica Norte S.A., el 25% casi siempre, un 10% algunas veces y el 3% de los participante percibió la ausencia de estos comportamientos.

Por lo anterior un 62% de la población percibe siempre los comportamientos de cuidado humanizado en su interacción con el personal asistencial de la clínica Norte S.A. por lo cual se infiere que la clínica ofrece una atención humanizada.

En general 87% de los participantes perciben en la mayoría de las ocasiones interacciones humanizadas por parte del personal encargado del cuidado, en las que se resalta la importancia de ser tratado como una persona, respeto por sus decisiones, intimidad, satisfacción de necesidades básicas, todas estos aspectos fundamentales para la percepción de cuidado personalizado, generando bienestar en el paciente sobre todo en la percepción de su enfermedad como parte de un proceso bajo el control del personal asistencial, alejado de los sentimientos de desesperanza que generan ansiedad y sufrimiento; la calificación de las dimensiones en excelencia determina la existencia de un comportamiento adecuado por parte del personal asistencial en la integración e interconectividad de la relación con el paciente.

DISCUSIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS) regula la atención y el cuidado recibido por los colombianos a través de las políticas orientadas a garantizar este derecho, para lo cual presenta dos tipos de atención, por una parte se encuentra el régimen contributivo con la población con mayor capacidad de pago y los ciudadanos más vulnerables quienes ingresan al régimen subsidiado, haciendo uso de las E.P.S como intermediario entre el estado y el ciudadano en la prestación del servicio de salud.

Las dificultades que ha presentado este planteamiento de SGSSS en Colombia permiten la aparición de comportamientos deshumanizados en el personal asistencial y hacia el personal asistencial, por un lado los usuarios no perciben la garantía del derecho, denunciando la deshumanización del servicio; desde la perspectiva del trabajador sanitario, se observa una sobre carga laboral puesta en evidencia por García & Mejía (2016), en el que encontró altos niveles de estrés, manejados inadecuadamente en el personal asistencial, en el 13% de los colaboradores estudiados, esto sumado a la infraestructura inadecuada de las antiguas construcciones en las que funcionan algunos hospitales y clínicas en el país, ha generado percepciones de deshumanización del servicio en los usuarios.

La humanización de los servicios de salud recibe actualmente atención por parte del SGSSS en el que se plantean los lineamientos para el mejoramiento del servicio, siendo confianza y satisfacción los elementos del valor público de la salud en Colombia, ya que se encuentra el sistema de salud en palabras del informe presentado por esta entidad

como: desarticulado, riesgoso, descoordinado, centrado en los actores y no en las personas, desigual y deshumanizado; por lo que se plantea una alternativa para lograr la creación de valor que se traduce en humanización del servicio a través de múltiples ciclos de ajuste, mejoramiento e innovación.

La deshumanización es evidenciada por la falta de cobertura a personas que por ser colombianos se convierten en usuarios, usuarios que mueren esperando una atención médica en sala de urgencias o en su defecto se les escapa la vida esperando la autorización de un tratamiento costoso, quienes tienen la fortuna de recibir el servicio se encuentran con la pérdida de su identidad como personas al ingresar a el contexto hospitalario que por demás está decir es un ambiente hostil, generador de ansiedad, para el enfermo que poco o nada conoce del sistema de salud.

Como señala Delgado (2013) el limitado conocimiento de los usuarios acerca del SGSSS, de la política de salud y de sus mecanismos, no solo los debilita como usuario sino que les imposibilita la atención y el cuidado; la tecnificación de los procedimientos hace que quienes no tengan acceso a teléfono o internet deban relegarse a esperar desde su desconocimiento de las herramientas, un procedimiento.

Una vez se accede al servicio el usuario logra percibir todo aquello que le es ajeno, como se mencionaba anteriormente, su percepción se ve afectada por el cuidado que recibe por parte del personal asistencial, las experiencias que se construyen al interior de la relación terapéutica que se espera, generen bienestar en el paciente, sin lugar a dudas el paciente sopesa su realidad con la realidad del personal asistencial, quien media entre el sistema de salud y el usuario por la garantía de su derecho, esta interacción es el

objeto de investigación en el presente estudio, con el interés de establecer un plan de acción desde el ejercicio psicológico que permita identificar los comportamientos de cuidado que deben fortalecerse a favor de una experiencia de bienestar en el paciente.

Los resultados de este estudio permiten afirmar que la percepción global de cuidado humanizado fue de 65% siempre, 25% casi siempre, 10% algunas veces y 3% nunca, por lo anterior se observa que en términos generales los participantes del estudio en la Clínica Norte S.A. perciben los comportamientos de cuidado como humanizados, lo cual está en concordancia con el estudio realizado en Cartagena por Romero, Contreras y Moncada (2016) en el que se registraron las siguientes frecuencias: 55,4% Siempre, 35% Casi siempre, 7.9% Algunas veces y 1,7% Nunca evidenciaron comportamientos de cuidado humanizado.

Por lo anterior es preciso afirmar que: i) el instrumento ofrece una alta confiabilidad en los resultados independientemente de la ubicación geográfica en la que se aplique y las consideraciones de diversidad cultural que esto implica, ii) la percepción de comportamientos de cuidado humanizado es favorable para el participante otorgando un mayor valor a las habilidades del que hacer de enfermería y la apertura a la comunicación, lo que implica en aspectos generales que los participantes otorgan un mayor valor a los comportamientos que generan un impacto significativo sobre el desequilibrio emocional y afectivo producto de la enfermedad y el contexto hospitalario.

En lo que al servicio de hospitalización se refiere la clínica ofrece una experiencia de atención humanizada, aunque para alcanzar la excelencia en todas las dimensiones es preciso el aporte que los estudiantes de prácticas formativas del departamento de

Psicología de la Universidad de Pamplona realizan en el fortalecimiento de habilidades no técnicas en el personal asistencial, como la comunicación asertiva y efectiva, entrenamiento en habilidades del cuidador, tratamiento del *burn out*, entre otras, atendiendo al proceso de evaluación y mejora del sistema sanitario, ocupándose de su intervención exclusiva desde el quehacer psicológico como lo sustenta la teoría de Oblitas (2008 citado por Gómez, 2013) respecto de la psicología de la salud.

Desde luego que los ejes actuales de la acreditación en salud en Colombia así lo plantean al abarcar seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología, enfoque de riesgo, transformación de la cultura y responsabilidad social (Rodríguez, 2014), proponiendo directrices para que las instituciones de salud, mantengan la evaluación constante de la satisfacción de los usuarios, que parte desde la percepción de estos, en este caso a través del estudio se logra la realización de un autodiagnóstico del fenómeno que permite la intervención de los aspectos identificados para su fortalecimiento, así mismo se ajusta a lo planteado por Williams (1994 citado por Vargas, 2016), para quien es fundamental estudiar la manera en que los pacientes perciben y evalúan un servicio de salud.

Es importante señalar al respecto que la percepción identificada tuvo como único factor determinante el cuidado del personal asistencial, aunque a través de la ficha sociodemográfica se exploraron los factores sociales y personales a los que Larson, citada por Chávez et al, (2013) atribuye implicación en la determinación de la percepción del paciente sin encontrar una diferenciación significativa en los resultados, por lo que se precisa que para futuros diagnósticos se realice la utilización de otros

instrumentos en los que se pueda determinar la correlación de estas variables en la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado.

En la misma línea de los factores que influyen en la percepción encontramos los propuestos por (Romero, Contreras y Moncada, 2016) relacionados con la implicación de la tecnificación de la salud, desestructuración administrativa de los sistemas de salud y limitaciones en la comunicación que generan pérdida de contacto en los seres humanos, se encontró evidencia que permite contrastar lo afirmado por el autor en cuanto al grado de humanización percibido por los participantes frente a la tecnología como recurso humanizado y salvador de vidas, los participantes otorgan un concepto favorable a los procesos administrativos debido a la facilidad en el acceso al servicio y participación en la toma de decisiones.

Ello se evidencia al analizar la categoría de apertura a la comunicación que obtuvo el puntaje más bajo 58% de las tres categorías, sin ser este un puntaje que represente un índice bajo en la percepción de los usuarios frente a los comportamientos de cuidado humanizado en la Clínica Norte S.A., sin embargo si permite evidenciar la importancia de esta en la percepción del cuidado recibido por el usuario y la importancia de fortalecer los procesos que determinan esta dimensión.

Es preciso establecer relaciones de cuidado basadas en la comunicación como eje fundamental para la transmisión de información y de la seguridad del paciente, rompiendo esquemas en los que se limita su participación en el manejo de la información y posterior toma de decisiones, buscando ofrecer un servicio de salud más

humano, centrado en la persona y su participación y no sólo en la enfermedad y su resolución.

Se identificó la significación que el paciente atribuye a la comunicación como herramienta que permite al paciente y personal asistencial conformar un equipo de trabajo en pro del mejoramiento de la salud, apoyado en la apreciación de Heras (2017) una relación de ayuda a la cohesión y la eficacia en el cumplimiento de los objetivos del tratamiento en función del bienestar del participante. Esto se ve evidenciado en la apreciación dada por el usuario sobre las conductas de cuidado humanizado que propician el respeto, interés por el proceso salud-enfermedad, apoyo emocional, aceptación incondicional, estableciendo una relación terapéutica en la que el usuario se siente satisfecho con el servicio recibido, lo que ya señalaba Heras al citar a Rogers (2017) una relación en la que una de las partes intenta hacer surgir en el otro los recursos y las capacidades que están latentes, con el fin de que pueda resolver los problemas de la forma más adecuada posible. Por lo que se halló evidencia de como el personal asistencial de la Clínica Norte establece un contexto de relaciones interpersonales positivas y favorables para el paciente.

Un aporte significativo del estudio de la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en el personal asistencial dirigidos al paciente, está en la construcción de una visión del paciente como ser holístico y la complejidad que esta visión supone desde el punto de vista de Santamaria Et.al (2015), ya que esta da sentido a la estructura de totalidad de los humanos y es un elemento unificador de todas sus dimensiones y expresiones, hecho que se ve reflejado en la percepción de los participantes, que otorgan mayor relevancia a aspectos interpersonales propios de la

relación terapéutica, por lo que al identificar una actitud de compromiso con los pacientes y su subjetividad se permite compartir los significados de la experiencia de salud enfermedad, sufrimiento o muerte.

Esto permite que el paciente se aleje de la sensación de despersonalización tan frecuente en las instituciones de salud y experimente una sensación de bienestar a través de una atención dirigida a la persona y no a la enfermedad, partiendo del entendimiento de sus particularidades y la comprensión de sus emociones, estado en el que el paciente puede ser más allá de su enfermedad, disminuyendo las pérdidas y aumentando los pensamientos de esperanza. Esto de acuerdo a lo señalado anteriormente por Santa Maria Et. Al. (2015) cuando señala que la percepción de cuidado es un proceso dinámico entre la familia, el paciente y la comunidad en la que se desarrolla, para lograr en primer lugar establecer un vínculo entre los actores del cuidado.

La dimensión de mayor puntaje fue la del que hacer de enfermería en la cual un 75% de participantes percibieron los cuidados de comportamiento humanizado, que se refiere a las cualidades y valores característicos del personal de enfermería que brinda el cuidado. En esta dimensión se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera - paciente, ajustándose a la teoría de Rivera y Triana (2009) en la que cuando se hace referencia a la percepción de cuidado se entiende como la impresión que deriva de la interrelación entre el paciente y el personal asistencial, es decir, como se clasifican y se asimilan los momentos y las acciones del cuidador hacia la persona cuidada (Rivera y Triana, 2007).

Esta asimilación de los procesos psicológicos del paciente es posible desarrollando las habilidades terapéuticas de empatía, escucha activa, aceptación incondicional y autenticidad en el personal asistencial a partir del entrenamiento psicológico, aprendiendo a atender a lo manifiesto y a lo latente, hecho que encuentra total congruencia con lo señalado por Heras (2017), como el cuidado de lo invisible: lo subjetivo, lo emocional, lo intangible; que el paciente pueda experimentar el dolor lejos de la angustia de la enfermedad y las heridas emocionales que esta trae consigo.

Se pudo observar que en la categoría de Apertura a la Comunicación; esta categoría se refiere a la habilidad por parte de quien brinda el cuidado a un proceso bidireccional de construcción de realidades, a través de habilidades comunicativas que posibilitan la transmisión no solo de información sino de la nueva realidad, la de la enfermedad y la interacción con la misma, el 58% siempre percibió comportamientos de cuidado humanizado y el 18% casi siempre los percibió por lo que en el estudio hubo un porcentaje significativo (76%) de conformidad con respecto a las competencias del personal asistencial en la Clínica Norte S.A. de la ciudad de Cúcuta, esto está directamente relacionado con la teoría de Bautista, Arias & Carreño (2016) en la cual los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un ser holístico, donde el cuidado brindado estuvo caracterizado por comportamientos como: la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto.

Una vez más toma principal relevancia el quehacer del psicólogo con relación a la percepción de atención humanizada, - es imposible desligar un solo aspecto de la interacción de dos seres humanos, de la correspondencia de la psicología ya sea clínica o

de la salud-, en el abordaje de estos fenómenos, responsabilizarse es la cuestión, tomar acciones investigativas que permitan definir las variables que están correlacionadas con la percepción. A propósito de lo señalado por Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, (2009) desde la psicología de la salud se ha de determinar el alcance del ejercicio psicológico en la generación de una nueva cultura de humanización, generar los espacios de participación en el proceso salud enfermedad, quien con una mayor comprensión de los procesos psicológicos experimentados por el paciente aporta una visión más adaptativa de su entorno y de su realidad, es el profesional en psicología, reservado para casos especiales o atípicos de intervención en crisis, en los que muy seguramente son el resultado de un acompañamiento psicológico que no llegó a tiempo.

En la dimensión Disposición para la atención un 65% de los participantes siempre percibió comportamientos de cuidado humanizado agrupados en los ítems: necesidades físicas, psicológicas y espirituales; escucha activa, manejo del dolor, respeto por la intimidad, buen trato, estado de ánimo, momento correcto en la administración del medicamento, formando una amalgama de comportamientos y actitudes que fomentan la recuperación del equilibrio en el sujeto enfermo. Todos estos aspectos del equilibrio psicológico necesario para el bienestar, se logran emprendiendo el curso hacia el cambio de paradigmas alrededor del trato del paciente. Como lo señalaba Martínez (2013), las enfermedades son padecimientos integrales en el cual se debe atender la intercomunicación mente – cuerpo y el estado de equilibrio o unidad interior que debe existir al interior de lo que se denomina salud.

En esta dimensión se interconectan las dos anteriores de creación del vínculo y comunicación a través del mantenimiento del mismo, producto de la disposición para la

atención, corroborando la postura de Ventocilla (2017) al afirmar que el cuidado involucra valores, conocimiento y voluntad en un mismo acto, determinando a partir de la subjetividad del paciente los comportamientos pertinentes para su situación y el acompañamiento del personal asistencial en el cumplimiento de estos comportamientos, se encontró que la percepción esta mediada en la mayoría de los participantes del estudio por estos valores y diferenciada a partir de previas experiencias de cuidado por el personal asistencial de otras Clínicas.

En su estado de vulnerabilidad el paciente percibe el interés del personal asistencial como una esperanza de cambio y fortalece su motivación para enfrentar más adaptativa y funcionalmente su estado de salud, según los resultados de esta categoría la calificación del 65% de los usuarios que siempre percibió estos comportamientos, el personal asistencial cumple a cabalidad con sus funciones de cuidado integral y hace un aporte significativo, para contrarrestar las repercusiones de tipo psicológico presentadas por la enfermedad referidas por Martínez (2013).

Por otra parte, según la caracterización de la población a partir de los datos sociodemográficos los participantes en edades comprendidas de los 31-40 y 41-50 están más interesados por ejercer el rol de cuidador, atendiendo a una práctica de seguridad en salud socialmente aceptada como el acompañamiento de un familiar o amigo; este comportamiento puede deberse a que la mayoría de los cuidadores son personas en el completo uso de sus facultades físicas y mentales, que pueden aportar información y acompañamiento en la construcción de la comunicación entre el personal asistencial y el paciente.

Por otra parte el nivel de escolaridad toma relevancia durante la aplicación del instrumento dado que los participantes con menor grado de escolaridad optaron por la resolución guiada del cuestionario buscando con esto disminuir el grado de complejidad que para ellos representaba la lectura del cuestionario. Lo que presenta una debilidad en la investigación ya que se puede haber inducido las respuestas del participante, se resalta esto como un aspecto a tener en cuenta para futuras investigaciones.

Si bien el instrumento nos permite conocer la percepción de la atención humanizada en las usuarios en un momento determinado, no nos permite conocer los *por qué* y los *cómo*, desde el punto de vista del quehacer psicológico, por lo que esto se convierte en una limitación para contrastar los resultados de este estudio. Sin embargo genera la posibilidad y necesidad de establecer desde las dimensiones de comunicación, bienestar, vínculo afectivo, relación terapéutica, contexto familiar y social, habilidades de afrontamiento, estilos de vida entre otras que permitan establecer la humanización de la salud como un fenómeno que pasa de ser supuesto a ser un fenómeno descriptivo susceptible de interpretación.

CONCLUSIONES

En primer lugar el objetivo general del presente estudio es describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de la Clínica Norte en la ciudad de Cúcuta, a través del cuestionario de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE), determinando la experiencia subjetiva del paciente respecto a la atención recibida. Por consiguiente una vez realizado se concluye que siempre se pueden percibir los comportamientos de cuidado humanizado del personal asistencial hacia el paciente hospitalizado de la Clínica Norte S.A en la Ciudad de Cúcuta.

Conclusión a la que se llega después de analizar los resultados por dimensiones y posteriormente de manera general, mostrando dos diferentes posturas frente al mismo fenómeno, de lo general a lo particular y de lo particular a lo general.

En cuanto a los resultados generales de los comportamientos de cuidado humanizado en el personal asistencial de la Clínica Norte S.A. se encontró que en un 62% de las interacciones siempre fueron percibidos, lo cual indica que este porcentaje del personal cuenta con las habilidades necesarias para el desarrollo pleno y exitoso de su función; necesarias para fortalecer los comportamientos que se ubicaron en una calificación de casi siempre, algunas veces e incluso, nunca fueron percibidas.

Se identificaron las características sociodemográficas de la población en las cuales se evidenció una prevalencia del género femenino en el rol de cuidador, en la mayoría de

los casos pertenecientes al estrato 3, registrando participantes entre los 18 y 62 años de edad, sin hallar evidencia de un diagnóstico clínico relevante para el estudio.

El estudio del cuidado en el personal de enfermería permite evidenciar los alcances que la psicología tiene en la humanización desde el fortalecimiento y/o entrenamiento en habilidades terapéuticas a las enfermeras sin despojarlas de su rol, estableciendo nuevas posturas de cuidado humanizado y fortaleciendo las buenas prácticas identificadas.

El estudio centró su atención en el paciente y su percepción; permitiendo inferir a partir de los resultados la importancia de establecer una cultura de humanización que involucre no solo al personal asistencial sino a todos los colaboradores de la institución en función de identificar la prevalencia de aspectos como la sobre carga laboral y el impacto de las relaciones interpersonales a nivel laboral en la relación de cuidado.

Por lo anterior es preciso señalar que cada área ha de estar en constante comunicación de los cambios al interior de la institución, por lo que se precisa la labor psicológica para llevar a cabo este empalme entre las diferentes áreas de trabajo: asistencial, mantenimiento, seguridad, alimentación. Logrando establecer no solo comportamientos sino actitudes y pensamientos en torno a la humanización de los servicios en general.

Se hace imprescindible la participación del personal asistencial en programas de entrenamiento de habilidades terapéuticas que determinen el desarrollo profesional dirigido a la construcción de una cultura de humanización integradora de los factores científico, técnico y humano.

El trabajo interdisciplinar entre el área de enfermería y psicología es indispensable para el establecimiento de estrategias de gran impacto en el fortalecimiento de las actitudes y comportamientos humanizados, una alianza interesante que se propone desde la perspectiva técnica del cuidado y la interpersonal desde la psicología, el compartir los saberes generando una concepción más holística del cuidado en la que el bienestar psicológico tenga la atención que demanda.

En este estudio se evidenció que los comportamientos de cuidado efectivamente ofrecen una percepción de humanización de los servicios de salud, por lo cual es preciso investigar las variables que inciden en el personal que lleva a cabo estos comportamientos, sus interacciones, sus preocupaciones, sus limitaciones laborales y personales y como estas inciden en la pasión con la que desempeñan su trabajo. El estudio de las causas del síndrome de burn-out es tan importante como el presente para generar una comprensión más clara del cuidado humanizado al interior de cualquier institución de salud.

El abordaje desde la psicología de la salud debe estar orientado hacia el acompañamiento del paciente en el contexto hospitalario, las percepciones de la realidad y las posibles inferencias que están tengan en su respuesta ante el personal asistencial, determinando los ajustes necesarios a la relación terapéutica establecida con cada individuo en particular, a través de la orientación al personal asistencial de cuáles son los comportamientos que tienen mayor valor para el usuario en la consecución de su bienestar.

La meta del estudio fue brindar una lectura inicial de la percepción del usuario, sus expectativas y la consecución de estas; a partir de la cual se generen las estrategias, políticas y planes de acción inmediata por parte de la Clínica Norte S.A. que permitan fortalecer la consecución de una cultura cada vez más humanizada a través de los comportamientos de cuidado en el personal asistencial.

RECOMENDACIONES

Se precisa sugerir algunas recomendaciones con base a los resultados y conclusiones a las que se llegó en el presente estudio:

Asumir una postura desde la que se incentive y fortalezca una conciencia crítica frente al fenómeno de la humanización que permita desarrollar investigaciones desde el programa de psicología, dirigidas a conocer las variables de la humanización desde el punto de vista de la psicología de la salud, en función de lograr un aporte teórico de la participación de la psicología en el cuidado humanizado.

Continuar con la evaluación de la percepción de los comportamientos de cuidado humanizados de enfermería, tanto en la población en general como en la Clínica Norte, buscando fortalecer los aspectos psicológicos del cuidado y la implementación de estrategias de manera que se genere un servicio susceptible de ser medible.

La institución debe realizar un proceso de medición de la percepción de cuidados humanizados que le permita identificar las variables de mayor incidencia sobre la percepción de los usuarios del servicio recibido, dentro de las cuales en el presente estudio se descartaron todas la relacionadas con el mismo personal asistencial por la naturaleza del instrumento, no obstante es de suma importancia poder determinar su implicación en los procesos de percepción.

La labor del psicólogo en la institución esta direccionada al área de talento humano lo cual relega los aspectos más humanos de la profesión y que deben ser rescatados a través de la permanencia constante del profesional de la psicología en el área de

hospitalización, para la promoción de estrategias que fortalezcan el cuidado humanizado, por lo que se debe transformar la visión de su rol en la institución y de esta manera abarcar no solo uno sino los dos actores de la humanización.

Promover las propuestas para el diseño de un instrumento de medición de las variables psicológicas que intervienen en la humanización, estableciendo al departamento de psicología como pionero en investigación de la humanización en la región y el país.

Ya que hay una política de humanización de tipo exitoso en el área de hospitalización en UCI, como se puede emprender esa política de humanización en todos los servicios como urgencias, imágenes diagnósticas, cirugía, y permitir que el personal de psicología pueda llevar a cabo acciones medibles frente a este fenómeno.

Elaborar réplicas de la medición de percepción por parte de los estudiantes de prácticas formativas de la Universidad de Pamplona, propiamente desde el programa de psicología, recabando información en cohortes semestrales que permita nutrir el diseño de un instrumento psicológico que mida la humanización.

Analizar otras variables que pudieran incidir en la percepción la humanización, además debería abordarse desde el paradigma cualitativo que permita abarcar otras dimensiones, como el estrés laboral y su incidencia en los errores médicos, las relaciones laborales ya desde la psicología de la salud.

De esta manera se pueden emprender otros procesos investigativos que impliquen no solo la percepción de humanización del usuario, sino las variables sociodemográficas y culturales que inciden en esta, así mismo el desarrollo investigativo interdisciplinario

puede aportar visiones diferentes desde las cuales ampliar el impacto de la intervenciones.

Promover la capacitación del personal de la clínica en humanización a través del entrenamiento en habilidades que promuevan los comportamientos observados en el estudio, fortaleciendo la creación y estabilidad de los vínculos establecidos en la relación terapéutica.

REFERENCIAS

- Alonso, A., Acevedo, M. y Nin, N. (2017). Bienestar del paciente y factores invisibles. En Heras la Calle (2017). *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. Bogotá: Gente Nueva.
- Bautista R., L. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan*, 8 (1): 74-84. Universidad de La Sabana. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108108>
- Bautista-Rodríguez LM, Parra-Carrillo EL, Arias-Torres KM, Parada-Ortiz KJ, Ascanio-Meza KA, Villamarin -Capacho MI, et al. (2015). Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Revista ciencia y cuidado*, 12(1): 105-118. Disponible en revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/download/331/345
- Cardoso, I. y Rendón, J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 17(3): Disponible en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num3/Vol17No3Art10.pdf>
- Chávez, D., Romeo, R. y Zúñiga, J. (2013). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes en el Hospital Universitario del Caribe, Cartagena*. (Tesis de pregrado) Universidad de Cartagena, Disponible en <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2686/1/informefinal.pdf>

- Contreras, I., Jiménez, V., Moncada, A. y Pérez, Y (2012). *Percepción de cuidado humanizado y factores relacionados, en pacientes hospitalizados en una institución de III y IV nivel de Cartagena, Colombia.* (Tesis de pregrado). Disponible en <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3120/1/PERCEPCI%C3%93N%20DE%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20Y%20FACTORES%20RELACIONADOS>
- De los Santos, M. (2009). *Evaluación de las creencias de sentido común sobre la enfermedad: Creación de la escala sobre la representación cognitiva de la enfermedad.* (Tesis Doctoral) Universidad de la Granada. Disponible en digibug.ugr.es/bitstream/10481/20017/1/18515198.pdf
- Díaz, V. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*, 2(3): 57 – 71. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865221>
- Flores, C. y Herrera, L. (2010). Estudio sobre las percepciones y la educación ambiental. *Tiempo de Educar*, 11 (22): 227-249 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31121072004>
- Flórez A., J., Torres, C., Guzmán, B., y Pineda, F. (2013). Comportamiento y análisis de las motivaciones que llevaron a los usuarios del sistema de salud colombiano a presentar reclamaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud 2012 – 2013. *Revista Monitor Estratégico*, 4. Superintendencia de Salud. Disponible en:

<<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=FIeYK2lnAJA%3D&tabid=782&mid=2312>>

García, M. (2013). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enfermería*, 17(1): 70-74. Disponible en www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/

Gómez, M (2013). Relaciones entre la Psicología clínica, la psicoterapia y la Psicología de la salud. *Revista electrónica Psiconex*, 5 (7): 1-21. Disponible en http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2755/1/GomezMaricelly_relacionespsicologiaclinicapsicoterapiapsicologiasalud.pdf

González, O. (2014). Validez y confiabilidad del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE) Clinicountry, 3ª Versión. Universidad Nacional de Colombia. (Tesis de Maestría). Disponible en

Hernández, R.; Collado, F.; Baptista, O (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana

Hernández, L., Zequeira, D. y Miranda, A. (2010). La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (1)30-41. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf070110.pdf

Lemos, M. Restrepo, D. y Richard, C. (2008). Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10): 137-147. Disponible en <http://www.redalyc.org/html/801/80111670009/>

- Lewkow, L. (2014). Aspectos sociológicos del concepto de percepción en la teoría de sistemas sociales. *Revista Mad - Universidad de Chile*, 31: 29-45.
<http://www.revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/viewFile/32957/34688>
- Martin, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (3): 275-281. Disponible en:
 <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.
- Martínez, A. (2013). *El origen psicossomático de las enfermedades: estrés, trauma, alianzas con los padres y bloqueos energéticos*. Disponible en
<http://pijamasurf.com/2013/03/el-origen-psicosomatico-de-las-enfermedades-estres-trauma-alianzas-con-los-padres-y-bloqueos-energeticos/>
- Ministerio de Protección Socia (2011). *Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario*. Colombia. Versión 03. Disponible en
<http://www.acreditacionensalud.org.co/Documents/Manual%20AcreditSalud%20AmbulyHosp2012.pdf>
- Morales, F. (2012). Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4 (2): 98-107. Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica.
 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382005>
- Morfi, R. (2008). *Gestión del Cuidado en enfermería*. Disponible en
http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf01110.htm

- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35 (1): 227-232. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9502. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>.
- Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de estudios sociales*, 18: 89 -96. Disponible en <https://res.uniandes.edu.co/view.php/375/view.php>
- Patarroyo, D. y Torres, M. (2011). *Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería de los pacientes con algún tipo de herida que asisten a una clínica de heridas de una institución de cuarto nivel de Bogotá*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería.
- Piqueras, J.; Ramos, V.; Martínez, A. y Oblitas, L. (2009). Emociones Negativas y su Impacto en la Salud Mental y Física. *Revista Suma Psicológica*, 16 (2): 85 – 112. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Colombia
- Posse, P. (2013). ¿Qué es humanizar? Claves para la humanización de la atención a personas mayores. Tres Cantos (Madrid). Disponible en http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/Claves_para_la_humanizacion_de_la_atencion_a_personas_mayores.pdf

- Rivera, L. y Triana, A. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería en la Clínica Country. *Avances en enfermería*, 10 (1): 56- 68. Disponible en
- Rodríguez, E. (2014). *Humanización de la atención en salud y acreditación*. ICONTEC. Disponible en <http://www.acreditacionensalud.org.co/Adm/ArchivosBoletines/65/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20N%C2%B0%2087.pdf>
- Rodríguez, M. y Frías, L. (2005). Algunos Factores psicológicos y su papel en la enfermedad. Una revisión. *Psicología y Salud*, vol 15 No. 002, pp 169 – 185. Universidad Veracruzana. México.
- Romero, E., Contreras, I y Moncada, A. (2016).relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia promoc. salud.*, 21 (1): 26 – 36. Disponible en www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a03.pdf
- Santamaría, L., García, N., Herrera, B. y Carrillo, G. (2015). Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16 (1), 104-127. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a07.pdf>
- Santos, A. (2016). *Cuidado humanizado que brinda la enfermera en emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray Trujillo 2016*. (Tesis de pregrado) Universidad PRIVADA ANTENOR ORREGO. Disponible en http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2746/1/RE_ENFE_ADALILA.RODRIGUEZ_CUIDADO.HUMANIZADO_DATOS.PDF

- Suarez, D. y Bejarano, M. (2015). Percepción del cuidado de enfermería de las gestantes del curso de maternidad y paternidad. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 4 (2). Disponible en <http://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/888>
- Urra, E., Jana, A y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados. *Ciencia y Enfermería*, XVII (3): 11-22
Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
- Vargas, O. (2016). *La Medición de la Percepción de la Calidad de los Servicios Odontológicos como Herramienta para su Mejoramiento. Aplicación en las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá*. (Tesis de Postgrado). Universidad Nacional de Colombia.
- Velandia Salazar, F., Ardón Centeno, N., & Jara Navarro, M. (2007). Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. *Revista. Gerenc. Polit. Salud* 6 (13), 139-168.
- Ventocilla, F. (2017). *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*. (Tesis de Postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú

APÉNDICES

Apéndice A. Instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) Clinicountry – 3ª versión

Apreciado(a) señor(a): A continuación le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado de los integrantes de enfermería (enfermeras(os) y auxiliares de enfermería). 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

ÍTEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Le hacen sentir como una persona				
2. Le tratan con amabilidad				
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
4. Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes				
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted				
7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted				
8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan				
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				
13. Le dedican el tiempo requerido para su atención				
14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud				

15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
16. Le llaman por su nombre				
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores				
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20. Le manifiestan que están pendientes de usted				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22. Responden oportunamente a su llamado				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24. Le escuchan atentamente				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico				
28. Le demuestran que son responsables con su atención				
29. Le respetan sus decisiones				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31. Le respetan su intimidad				
32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico				

Apéndice B. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación se realiza en mutuo acuerdo de la Clínica Norte y la Universidad de Pamplona con el fin de describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados de la Clínica Norte en la ciudad de Cúcuta, a través del cuestionario de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE3 Clinicountry); cuya investigadora principal es Ps. Mg. Leidy Andrea Núñez Bautista (docente de la Universidad) y el coinvestigador Adonay Hernández estudiante de Psicología que se encuentra en proceso de tesis, determinando la experiencia subjetiva del paciente respecto a la atención recibida.

Partiendo de la información obtenida se pretende entregar a la clínica un plan de atención primaria, con el fin de que la clínica pueda tener más y mejores herramientas para fortalecer la humanización del servicio de salud. Por lo anterior lo invitamos a participar en el proyecto, su participación es voluntaria, anónima y no recibirá remuneración por esta. Si decide hacer parte del proyecto se le entregará un test que mide el nivel de satisfacción con el servicio recibido por parte del personal asistencial en la clínica.

La resolución del cuestionario Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE3 Clinicountry) no le llevará más de 10 minutos y se le garantiza absoluta confidencialidad en el manejo de los datos. La información que usted suministre es de manejo exclusivo del estudiante que realiza este proyecto. En ningún documento aparecerá su nombre. En el momento que requiera información, tiene la libertad de solicitarla, si no se siente cómodo con la investigación puede retirarse en cualquier momento de esta y abstenerse de responder las preguntas que le generen malestar.

Guion del participante:

Yo, declaro que he sido informado/a de los objetivos y fines del presente estudio y estoy conforme con los mismos, en forma libre y voluntaria, acepto hacer parte del proyecto de investigación. Esta investigación y el consentimiento informado están ajustados a las normas según la Resolución 8430 de 1993.

Consentimiento Informado

Listado de Participantes

Nombre	Nº de Documento	Rol (Paciente / Cuidador)
LEÓN RAMÍREZ	5455180	CUIDADOR
Miyerlande Garcia Rozo	37272017	Cuidador
Jedecover Juro	3744220	Cuidador
Patricia Carolina Perez	1.125.762.959.	Paciente
José José	1.125.764.293	Cuidador
Eliana James Danila	1018478164	Paciente
Mamen James	1018478164	Cuidador
Alex N. Ramirez	60.380.283	Paciente
Carlos Cáceres	88.224.540	Cuidador
Blanca Vargas	60.333116.	Cuidadora
Sara Avellaneda Arevalo.	109391397	
Sara Avellaneda Arevalo.	37179251	Paciente
Milena Rodriguez Vizcano	27721392	Acompañante
Lidia Jirena Rodriguez L.	1092156022	Acompañante
Martha Elena Ramirez	27835956	Cuidador
Fabiola Ramirez	51796854	Cuidador
LEYLA M. CABRILLO	60381627	Cuidador
Jennifer Condra Cruz	1064107638	Cuidador
Candelaria Teheran	1052955328	Cuidador
Carmen Maria Ascario	1090439401	Cuidador

Consentimiento Informado

Listado de Participantes

Nombre	N° de Documento	Rol (Paciente / Cuidador)
Enilia Yamile Fanti	60288509	Paciente.
Jaco Sifor	37244180	Cuidador
Manuel Garza G.	45'463.735	Cuidador
Marilyn Jancio	45'459.492	Cuidador
Jacqueline Bautista	60'3180-30	cuidador
Adriana Bobato	60.374.110	Paciente
Amil	8824863	Cuidador
Marilyn Rodriguez Lizcano	27808902	Cuidador.
Joyuth Vargas	100031330	Paciente
Dorell Vargas	1910477994	Cuidadora
Jisbel Perez	1.004811806	PACIENTE
Diana Bracam P.	1.090362.537	Cuidadora.
Eddy Manza D.	60257539	Visitante.
Karen Vera	7094279894	paciente.
Alva Mercedes	60363787	Cuidador
Alicia Perdomo	60'363.766	visitante.
German Figueroa	13509503	Paciente
Jesus Heli UARGAS	8831757	PASIENTE.
Angela Adriana Reyes	1091809786	Visitante.
Nancy Milera Araque C.	37.199.300	visitante.

Apéndice C. Estrategias dirigidas al personal asistencial

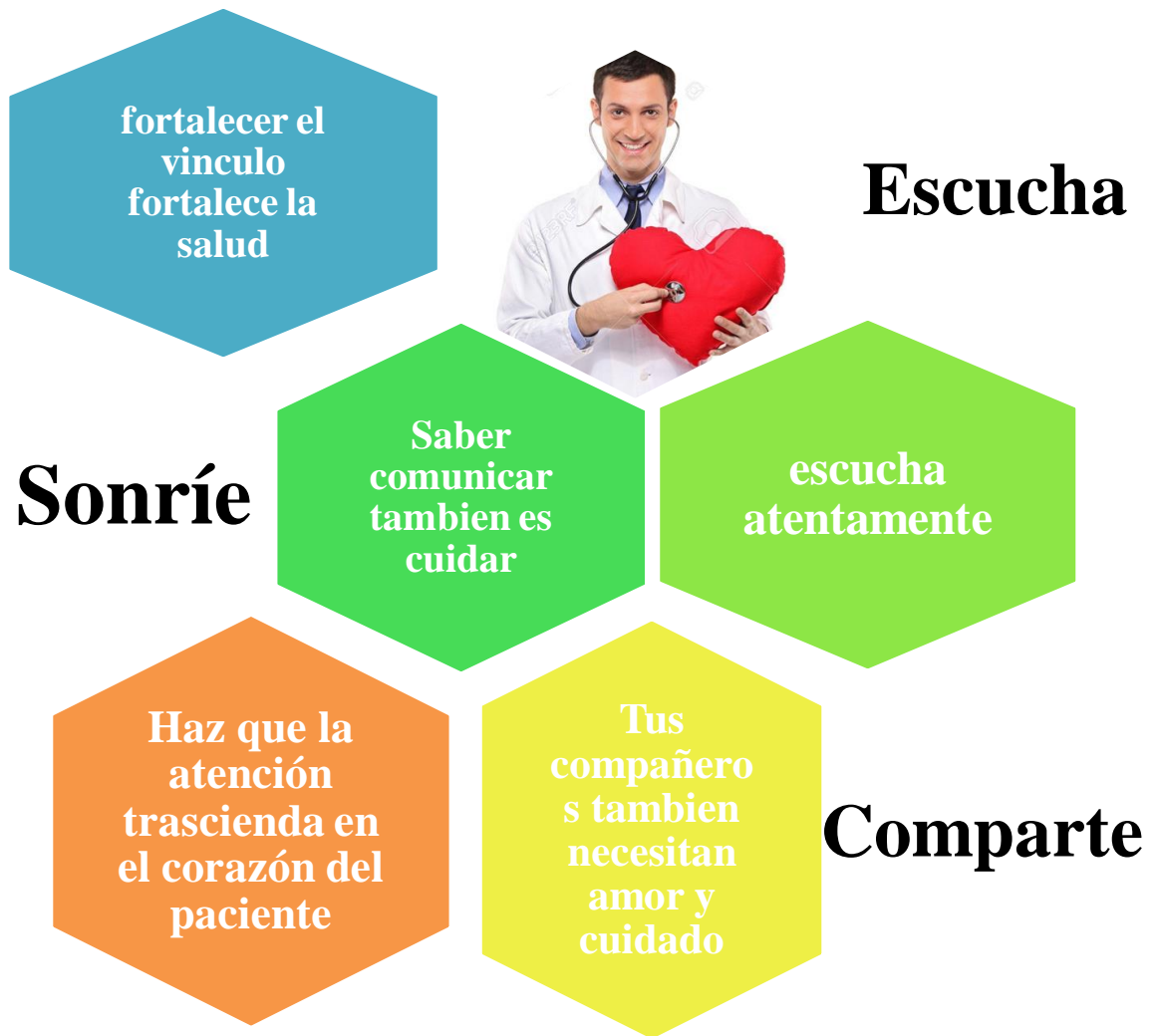
GUIA COMUNICACIÓN ASERTIVA Y EFECTIVA

“Comunicación sin emoción, una voz en off con expresión deforme...”

Soda Estéreo

Objetivo

Promover el entrenamiento de la habilidad social de la comunicación por medio de estrategias psicológicas que permitan el empoderamiento de la psicología en la humanización impartido por el personal de psicología de la clínica norte.



Apertura la comunicación

Comunicación de Diagnósticos



Desde la psicología de la salud se presenta una perspectiva científico humana del cuidado como alternativa terapéutica en situaciones de estrés o ansiedad del paciente al cual debe ser comunicado un diagnóstico.

Objetivo

Sensibilizar al personal asistencial de la Clínica Norte S.A de la ciudad de Cúcuta frente al manejo de emociones de los usuarios que reciben diagnósticos a través de la psicoeducación, mejorando la capacidad para identificar y tratar apropiadamente las emociones asociadas al diagnóstico en el paciente.

Como señala Bravo (2010) en la enfermedad, una de las etapas más críticas es la comunicación del diagnóstico, que pese a ser muy breve, es también una gran fuente de estrés para el paciente, su pareja y/o su familia; está compuesta por sentimientos de incertidumbre, sometimiento a diversos estudios confirmatorios y espera de resultados, debido a estas implicaciones de carácter psicológico se hace necesaria la participación del personal asistencial en el manejo de lo invisible, estas emociones y pensamientos que podrían al no ser tratados debidamente acrecentar los sentimientos de vulnerabilidad física y temor asociado a la efectividad del tratamiento.

El desarrollo del taller de comunicación asertiva está dirigido a sensibilizar al personal sobre las emociones y sensaciones que aparecen durante el diagnóstico y su tratamiento; a partir de las críticas constructivas y fructuosas que permitan la mejora continua a nivel interpersonal y grupal de sus relaciones, una persona asertiva es aquella que tiene la capacidad de expresarse en el momento indicado u oportuno con las palabras precisas para la situación que se viva, por lo que intervenir en el personal de salud con la comunicación de diagnósticos de alta complejidad irá fortaleciendo esta habilidad a través de un aprendizaje significativo y la aprehensión de la humanización como una realidad inherente al ejercicio de la salud.

Desarrollo de la estrategia.

Mediante un taller grupal los participantes se dividen en dos grupos al azar, el grupo 1 estará a cargo de comunicar un diagnóstico de alta complejidad a los participantes del grupo 2, una pareja a la vez entre tanto los demás toman realizan la observación pertinente del ejercicio. Finalizada la ronda se realiza una retroalimentación de los factores favorables y/o desfavorables identificados en la ejecución cada uno de los participantes.

Es importante desarrollar la capacidad de control en la calidad de la información, situación que se satisface mediante el feedback o retroalimentación, lo cual no es otra cosa que la confirmación de la recepción y comprensión por parte de los usuarios del mensaje que fue dado a conocer por parte del personal asistencial, permitiendo identificar y transformar la respuesta ansiosa inicial por una respuesta funcional.

Que hacer de enfermería

Administración de medicamentos

El proceso de administración de medicamentos es tan relevante como la elección del medicamento adecuado para la enfermedad, por lo que el personal asistencial debe tener siempre presente los siguientes 12 aspectos que minimizan los errores aumentando las percepciones de cuidado humanizado en los pacientes. El siguiente decálogo debe ser parte de la información general en áreas comunes – cartelera informativa – del personal asistencial de manera que se tenga presente durante la labor de cuidado.

Decálogo Doce Correctos

1. Medicamento correcto
2. Paciente correcto
3. Dosis correcta
4. Vía correcta
5. Hora e intervalos correctos
6. Confirmar que el paciente no ingiera medicamento diferente al prescrito
7. Conservar la técnica aséptica
8. Verificar alergias e interacciones
9. Informar al paciente los medicamentos que recibe
10. Consultar si existe duda antes de administrar el medicamento
11. Registro correcto
12. No administrar medicamento si la orden es verbal, salvo que sea una URGENCIA.

Decálogo Doce Correctos



1. Medicamento correcto

2. Paciente correcto



3. Dosis correcta

4. Vía correcta



5. Hora e intervalos correctos



6. Confirmar que el paciente no ingiera medicamento diferente al prescrito.

7. Conservar la técnica aséptica





8. Verificar alergias e interacciones

9. Informar al paciente los medicamentos que recibe.



10. Consultar si existe duda antes de administrar el medicamento.



11. Registro correcto.

No administrar medicamento si la orden es verbal, salvo que sea una URGENCIA.



¿Qué hacer? Vs ¿Qué no hacer?

¿Qué hacer?	¿Qué no hacer?
Demuestre interés sobre lo que afirma el paciente.	Comunicar al paciente su estrés y sobre carga laboral.
Use el lenguaje corporal para demostrar interés.	Dar la espalda, evitar el contacto visual, demostrar duda al responder.
Normalice su lenguaje a uno más comprensivo para el paciente.	Uso de términos técnicos y confusos para el paciente.
Identifique el estado de ánimo y use el silencio para comunicar respeto.	Usar tono de voz que denote una relación de poder o autoritaria.
Use la sonrisa para generar empatía y sensaciones de bienestar.	Infravalorar las expresiones de dolor del paciente con gestos jocosos que generen malestar.
Elimine sus prejuicios durante la atención, el paciente trasciende su experiencia personal de vida.	Mirar de forma despectiva al paciente ya sea por su enfermedad o por las circunstancias de su hospitalización.