



## TRABAJO FIN DE GRADO

# “PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS HUMANIZADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA”

**Autor:** María Palmero García

**Tutora:** M.<sup>a</sup> Aránzazu García Pizarro

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN DE ENFERMERÍA

Tenerife. Universidad de La Laguna

**Curso 2018-2019**

## **RESUMEN:**

En la actualidad, la relación que establecen los profesionales de enfermería con los pacientes y sus familias ha sido objeto de estudio debido a la relevancia que tiene este vínculo en la recuperación de los mismos. La humanización de los cuidados, es una práctica que engloba muchos aspectos del entorno del paciente y que tiene su fundamentación científica en autoras como Watson o Leininger que definen al paciente como un ser autónomo con plenos derechos a la hora de participar en sus propios cuidados, y a sus familiares, como pieza clave que también necesita ser atendida durante todo el proceso. La Unidad de Cuidados Críticos es un servicio que debido a varios factores (estructura, tecnología, políticas de visitas, etc.) puede condicionar dicha relación llegando a deshumanizar la asistencia sanitaria. Con este estudio se pretende conocer, la percepción que tienen los pacientes y sus familias sobre los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería de la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria durante su ingreso.

Se trata de un estudio descriptivo de carácter transversal, sobre una muestra de pacientes y familias ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva durante un período de seis meses. Con esta investigación se pretende conocer la percepción de los pacientes y familias para así valorar el nivel de humanización del servicio y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en la medida de lo posible.

### **Palabras claves:**

Humanización, unidades de cuidados críticos, profesionales de enfermería, paciente crítico.

**ABSTRACT:**

Nowadays, the relationship between nursing staff, patients and their families has been studied due to its impact on the recovery process. Humanisation is a practice that includes environmental aspects from the patient and which also has a scientific foundation based on contributions from authors such as Watson or Leininger. They define the patient as an autonomous person with full rights when taking part in their own care, and their family, as a key element that also needs to be taken care of during the process. The Intensive Care Unit is a service that due to many causes (structure, technology, visit policy, etc.) can condition this relationship and even dehumanise healthcare. The aim of this project is to recognise the perception that patients and their families have of the healthcare provided by the Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria's ICU nursing staff.

It's a descriptive study with a transversal character, based on a sample of patients and families that have been admitted in the ICU for six months. The research outlines the means to find out about the level of humanisation in the health service and also improve, to the extent possible, the quality of the cares provided in healthcare.

**Key words:**

Humanisation, intensive care units, nursing staff, critic patient.

## ÍNDICE

1. Marco teórico	1
1.1 Conceptos	1
1.2 Antecedentes	8
1.3 Justificación	13
2. Metodología	15
2.1 Objetivo General	15
2.2 Objetivos específicos	15
2.3 Diseño de la investigación	15
2.4 Población y muestra	15
2.5 Variables para medir e instrumento para la recogida de datos	16
2.5.1 Variables sociodemográficas	16
2.5.2 Variables sobre la percepción del cuidado humanizado en la UMI	17
2.6 Procedimiento de recogida de información	18
2.7 Análisis de datos	19
3. Consideraciones éticas	19
4. Cronograma	20
5. Presupuesto	20
6. Bibliografía	21
7. Anexos	27

# 1. MARCO TEÓRICO:

## 1.1 Conceptos:

La Organización Mundial de la salud define la humanización, como un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida <sup>(1)</sup>.

La humanización trata de proporcionar cuidados programados que aseguren la dignidad de los pacientes. Cuando el concepto de humanización se traslada al ámbito de la salud implica ofrecer cuidados centrados en la persona, su respeto y autonomía <sup>(2)</sup>.

Los cuidados son el objeto de estudio de la disciplina enfermera. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) define enfermería de la siguiente manera: “La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación” <sup>(3)</sup> CIE, (2002).

De esta definición se argumenta que el cuidado humanizado es una característica propia de la profesión de enfermería y que redundará en los cuidados de los profesionales a pacientes y familias.

Esta visión integradora y humanista de los cuidados de enfermería ha estado presente desde el inicio de la disciplina. Florence Nightingale define enfermería como “una acción profesional, con una aportación propia y específica a la atención de la salud” <sup>(4)</sup>. La enfermería tiene como acción principal, fomentar el bienestar físico, mental y social del ser humano. Nightingale definió el concepto de persona, donde le da al paciente el valor de la autonomía, para que tenga el poder de participar en sus propios cuidados <sup>(4)</sup>. También define en su trabajo el concepto de cuidar, alegando que son las intervenciones específicas de la enfermera en la asistencia sanitaria <sup>(4)</sup> y admite que para lograr el objetivo es necesario exponer al paciente de la mejor forma posible” para que la naturaleza actúe sobre él” <sup>(4)</sup>.

Son numerosas las teóricas de la enfermería que han desarrollado la conceptualización de los Cuidados de Enfermería en el carácter centrado de la persona y en los elementos de autonomía.

Leininger define el cuidado como la esencia y acto diferenciador de la enfermería que permite a las personas mantener o restablecer su salud o bienestar o afrontar su enfermedad, su discapacidad o su muerte <sup>(5)</sup>. Establece diferencias entre curación y cuidados, alegando, que los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados, pero puede existir cuidados sin curación <sup>(5)</sup>. El arte de cuidar nace de la preocupación de una persona por otra yendo más allá del hecho fisiopatológico que llevó a esa persona a depender de otra. Cuidar es asesorar y enseñar a las personas a llevar a cabo sus propios autocuidados ante una actitud de amenaza que hace tambalear su salud de manera integral. Todo esto conlleva a pensar que para humanizar cuidados es muy importante dar al paciente y su entorno una atención holística donde la sensibilidad y la empatía sean el centro de la atención. Y donde el respeto por su autonomía en las decisiones que afectan a su proceso de cuidado sean un elemento importante.

Los pacientes valoran la calidad de la atención recibida a través de detalles que perciben, a los cuales las enfermeras no le dan tanta relevancia. El tono de voz que usa el profesional, expresión corporal relajada o la sonrisa son características que los profesionales deben tener en cuenta para favorecer que la comunicación sea más fluida y como consecuencia establecer una relación de confianza y bienestar tanto por parte del paciente como de las enfermeras <sup>(6)</sup>.

Hay tres factores fundamentales que los pacientes y las familias tienen en cuenta a la hora de valorar la atención <sup>(6)</sup>: La aceptación de la enfermera hacia los pacientes, que sean capaces de cuidar sin juzgar su cultura o su manera de ser y que se les respete sus tomas de decisiones y preferencias. La satisfacción del propio profesional a la hora de cuidar, que la enfermera disfrute más desempeñando la tarea asistencial que la administrativa, y como consecuencia su cuidado sea realmente humanizado dando así a conocer la esencia de la enfermería. Por último, creer en el paciente, es necesario que las enfermeras no caigan en tópicos a la hora de valorar las peticiones de los pacientes, si el paciente refiere que tiene dolor, se han de ofrecer cuidados que alivien esa molestia y no dar por hecho que ese dolor no es real <sup>(6)</sup>.

El proceso de cuidado trasciende de la persona e incorpora a la familia y/o entorno del paciente.

Cuidar también consiste en asesorar a aquellas personas que no tienen un problema de salud sino un riesgo de padecerlo, por ello es importante trabajar también con las familias y cuidadores principales de los pacientes. Cuando los pacientes son

dados de alta, es la familia o el cuidador principal el que asume el cuidado en el domicilio del usuario, como consecuencia de esta situación, se va a ver afectada su vida cotidiana al tener que asumir un rol para el que no está preparado psicológicamente. Abraham Maslow <sup>(7)</sup> formuló la pirámide de necesidades humanas objetivando como imprescindibles dentro de la jerarquía de la pirámide la seguridad, la afiliación, el reconocimiento y la autorrealización, aspectos susceptibles de sufrir modificaciones en el cuidador principal o familia ya que asumir la responsabilidad a tiempo completo de cuidar de una persona puede suponer un riesgo para su propia salud.

Desde esta visión global e integradora del cuidado, los profesionales de enfermería en el ejercicio de su actividad profesional tienen conocimientos y habilidades para proporcionar cuidados humanizados.

Para poder ofrecer unos cuidados adaptados a cada persona y su situación, dónde se respete en todo momento sus creencias, es necesario que los profesionales de enfermería tengan conocimientos sobre la competencia cultural. La competencia cultural está destinada a la distinguir las diferencias y semejanzas que hay entre las diferentes culturas. Para poder alcanzar la competencia cultural es necesario tener en cuenta las diferentes dimensiones que abarca este concepto <sup>(8)</sup>:

- Conciencia cultural: “Expresada en respeto, aprecio, reconocimiento y sensibilidad frente a las expresiones de la cosmovisión en otras culturas y en la propia (...)”.
- Conocimiento cultural: “Proceso en el que se identifica, indaga y otorga significado a la información sobre otras culturas y la propia, lo cual posibilita entender diversas cosmovisiones y dimensiones que entran en juego (...)”.
- Habilidad cultural: “Capacidad para valorar, registrar e incorporar al cuidado, desde el conocimiento y la conciencia cultural, aspectos pertinentes, relacionados con la situación de salud identificada”.
- Deseo cultural: “Interés por entender, ser empático con el otro, reconocer y aceptar la diferencia como punto de partida (...)”.
- Encuentro cultural: “Interés por concretar los aspectos mencionados en comportamientos que promueven el encuentro, la inclusión, la tolerancia y el diálogo de saberes”.

(Campinha-Bacote, 2012)

Alcanzar la competencia cultural requiere un compromiso por parte de los profesionales. Este concepto se debería estudiar desde el inicio de la formación académica de las enfermeras, para así poder proporcionar unos cuidados diseñados

específicamente para cada paciente según sus circunstancias y de esta manera favorecer la adherencia de los pacientes a las buenas prácticas que estén relacionadas con su salud <sup>(9)</sup>.

En la misma línea de humanización, Watson refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente <sup>(10)</sup> y que es el propio individuo el que debe elegir la mejor opción para sí mismo en cada momento. También destaca, que la enfermera debe reflexionar sobre su propia moral para así poder ayudar y comprender el comportamiento de los pacientes <sup>(11)</sup> ya que no es posible elegir a las personas que hay que cuidar y en muchas ocasiones esas personas no van a coincidir con el sistema de valores que tenga el profesional, para ello es necesario que se sensibilicen con el fin de mejorar su condición como cuidadores. Según Watson el compromiso moral por parte de la enfermera es la única forma de llegar al cuidado humanizado <sup>(12)</sup>.

Su teoría tiene siete supuestos y diez factores a través de los cuales da visibilidad a la importancia de los cuidados no solo para los pacientes sino como forma de enriquecer al colectivo profesional <sup>(11)</sup>. Los supuestos son los siguientes: <sup>(11)</sup>:

- “El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal”.
- “El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas”.
- “El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento personal y familiar”.
- “Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial”.
- “La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa”.
- “La práctica del cuidado es central en la enfermería”.

(Watson, 2005)

Son numerosas las investigaciones desarrolladas en torno a la humanización de la asistencia en las unidades de cuidados críticos, probablemente porque tanto las características del entorno como las condiciones de salud que presentan los pacientes atendidos en dichas unidades, ofrecen elevados niveles de complejidad tecnológica y profesional.

El Ministerio de Sanidad y política Social define la unidad de cuidados críticos como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo



susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico<sup>(13)</sup>. En estas unidades trabajan profesionales de diferentes ramas sanitarias: psicólogos, fisioterapeutas, auxiliares, enfermeras, médicos, etc. Entre todos reconstruyen las diferentes esferas del paciente que estén afectadas con el fin de proporcionar unos cuidados integrales<sup>(13)</sup>.

Las primeras unidades de cuidados críticos en Europa datan de 1930 (Alemania)<sup>(13)</sup>, aunque en España hubo que esperar hasta 1965 para que se inaugurase la primera UCI<sup>(14)</sup>. Los primeros 20 años desde la primera apertura fueron clave para la expansión de estas unidades por toda España. Actualmente nuestro país cuenta con unas 275 unidades repartidas por todas las comunidades autónomas<sup>(14)</sup>.

Los profesionales de enfermería que trabajan en las unidades de cuidados críticos, son personas altamente cualificadas debido a que el servicio así lo requiere, son personas que tienen diversos conocimientos no solamente en el área asistencial sino también en el ámbito tecnológico. En ocasiones la gravedad de los pacientes ingresados en esta unidad provoca la priorización de procedimientos relacionados con la tecnología por encima de los cuidados humanizados<sup>(15)</sup>. Es necesario que los profesionales estén familiarizados con las nuevas tecnologías ya que forman parte indispensable de su trabajo, buscando siempre ofrecer cuidados de alto nivel, pero que deben preservar el carácter humanizado que define la actividad de la enfermería profesional.

La tecnología es una de las principales herramientas de trabajo en la UCI. Esta tuvo su auge a finales del siglo XVIII. En el campo de la salud, la tecnología cobró protagonismo a raíz de fabricar los primeros equipos de diagnóstico y la tras la creación de los instrumentos quirúrgicos<sup>(16)</sup>. En la UCI la necesidad de vigilar el estado crítico de los pacientes llevó a instaurar los primeros ventiladores como intermediarios para garantizar la salud de los pacientes<sup>(17)</sup>. Sin embargo, en ocasiones la tecnología puede llevar a un deterioro de la relación enfermera-paciente impidiendo que se cree el vínculo necesario para prestar unos cuidados humanizados, donde la tecnología sea un medio y no un fin<sup>(16)</sup>.

La humanización debería estar implementada en todas las actividades que realizan las enfermeras, pero es necesario que los profesionales hagan hincapié en la humanización de servicios especiales como lo es una UCI. En la actualidad la tasa de supervivencia en las unidades de cuidados críticos en España es del 85%<sup>(18)</sup>, dato

que demuestra que estas unidades prestan cuidados de alta calidad a los pacientes.

La estructura de las unidades de cuidados críticos, está diseñada para facilitar la atención al paciente, aunque en ocasiones dicha estructura se convierta en una barrera. Estas unidades están diseñadas de forma eficiente para el personal sanitario. Las habitaciones son individuales para promover la privacidad del paciente, y están organizadas de forma que desde un punto central se puedan visualizar todas las habitaciones para mayor seguridad de los pacientes <sup>(13)</sup>. Los cubículos están equipados con todo lo necesario, pero debido a que sus dimensiones son reducidas <sup>(13)</sup>, hay poco espacio para los familiares en las horas de visita. Esto dificulta el trabajo simultáneo de los profesionales mientras los familiares están con los pacientes. Es recomendable que las habitaciones dispongan de luz natural, y que el mobiliario utilizado proporcione confortabilidad <sup>(13,19)</sup>. La mayoría de los servicios no cuentan con televisión, reloj de pared o equipos de música para los pacientes <sup>(20)</sup>.

El tiempo de visitas y la información médica están regulados por protocolos, ya que estas unidades están sujetas a un horario estricto donde los pacientes solo pueden tener contacto con sus familias y recibir la información médica durante un tiempo limitado al día en un horario establecido previamente por la institución <sup>(20)</sup>.

Los pacientes que ingresan en estas unidades tienen más factores de riesgo a la hora de padecer secuelas una vez reciben el alta hospitalaria. Cuando son ingresados en una UCI, durante su estancia sufren estrés debido a múltiples factores, el principal estresor que padecen los pacientes es la sensación de estar mirando al techo continuamente debido a la soledad y a la limitación física que tiene la unidad <sup>(21)</sup>. A su vez, esta soledad debida a la restricción de visitas, en pacientes que están conscientes y orientados los lleva a pensar sobre su enfermedad generando ansiedad y pudiendo provocarles sentimientos depresivos. Por último, la falta de privacidad es otro de los factores que más generan estrés en la UCI, los pacientes se sienten vulnerables en muchas situaciones antes las cuales no pueden hacer nada <sup>(21)</sup>.

Un grupo de investigación multidisciplinar compuesto por médicos y enfermeras han desarrollado un proyecto denominado HU-CI que intenta dar respuesta a todas las necesidades que los pacientes y sus familiares tienen durante su estancia en la UCI. Tiene como objetivo principal humanizar los cuidados intensivos con el fin de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Han creado una serie de estrategias para minimizar el impacto de estar ingresado en la UCI <sup>(22)</sup>:

- Uci de puertas abiertas:

Facilitar la entrada a las unidades de las familias para que puedan estar presentes y formen parte de los cuidados del paciente.

- Comunicación:

Comunicación fluida entre el paciente, su familia y el personal sanitario. Mejorar la comunicación entre el propio personal. Y por último, facilitar a la familia la información médica cuando sea necesaria y no en unos horarios preestablecidos.

- Bienestar del paciente:

Mejorar la estancia del paciente adoptando medidas eficaces de comunicación, medidas contra el dolor debido a las intervenciones, apoyo psíquico y promover el descanso.

- Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos:

Integrar a las familias en los cuidados del paciente con el fin de disminuir la ansiedad y los temores de ambas partes.

- Cuidados al profesional:

Mejorar la satisfacción laboral y evitar situaciones de desgaste profesional como medio para conseguir que los trabajadores se sientan cómodos en sus puestos y la asistencia sea de mejor calidad.

- Síndrome post-UCI:

Secuelas de carácter físico y psíquico que sufren entre el 30% y el 50% de pacientes que pasan por la UCI. Para evitar que esto suceda se debe hacer un seguimiento de los pacientes al alta y mejorar todas las medidas comentadas anteriormente.

- Infraestructura humanizada:

Que los espacios donde se encuentren hospitalizados los pacientes permitan la presencia de las familias, así como un decorado más cálido que proporcione confort.

- Cuidados al final de la vida:

Es necesario que el personal esté cualificado para acompañar al paciente y a la familia en el proceso de morir dignamente.



Marco conceptual de la humanización de los cuidados críticos<sup>(19)</sup>.

### 1.2 Antecedentes:

El interés por la humanización de la asistencia en las unidades de cuidados críticos ha encabezado multitud de estudios de investigación. El deber de prestar unos cuidados integrales que engloben todas las esferas del paciente y que también implementen a la figura de la familia ha favorecido el desarrollo de estudios acerca de la humanización como práctica inherente de la enfermería.

En la revisión bibliográfica efectuada para la realización de este proyecto, se ha puesto en manifiesto que la metodología que siguen los estudios que tratan sobre la humanización es diversa, son cualitativos y cuantitativos, estudian a los individuos mediante su cultura por enfoques fenomenológicos. Utilizan las entrevistas estructuradas como herramienta para la recogida de datos ya que es una forma sencilla de conocer las vivencias de las personas con respecto a los cuidados que han recibido o esperan recibir, dentro de su contexto social y cultural. Las investigaciones sobre los cuidados humanizados en las unidades de cuidados críticos van destinadas a pacientes, familias y profesionales casi por igual. Las líneas temáticas de las investigaciones, se dirigen principalmente a estudiar la percepción de la calidad del cuidado humanizado.

Tomando como referencia el proyecto HU-CI se han incrementado de manera significativa las publicaciones que centran su tópico de interés en el cuidado humanizado. En el mencionado proyecto, se delimitan 7 líneas estratégicas para la implementación del cuidado humanizado en las unidades de cuidados críticos y en torno a las cuales las investigaciones documentan los numerosos beneficios para el paciente y su familia, así como para el sistema sanitario, que proporciona un enfoque humanista de la atención<sup>(22)</sup>.

La primera medida es la de establecer una UCI de puertas abiertas, ya que en la mayoría de las unidades de cuidados críticos en España predomina la política de puertas cerradas <sup>(20)</sup>. Hay estudios que han planteado la posibilidad de convertir a la UCI en una unidad de hospitalización de puertas abiertas debido a que la principal causa de insatisfacción, procede tanto de los tiempos limitados de visita como de las condiciones del entorno que no favorecen la interacción del paciente y sus familiares durante la mismas <sup>(23)</sup>.

Existe cierto grado de aceptación sobre el efecto beneficioso de una política de visitas flexible. La investigación consolidada identifica como variables de interés el que los horarios se adapten a las necesidades del paciente y familia. La necesidad de ampliar el tiempo de visita depende del estado del paciente, ya que si el paciente se encuentra sedado las familias refieren no necesitar tanto tiempo como las que tienen pacientes despiertos <sup>(23)</sup>. Lo ideal según pacientes, familias y profesionales es acordar entre todos los horarios de visita más adecuados a cada situación <sup>(23)</sup>. Tener la libertad de poder llegar a este tipo de acuerdo en las UCI supondría un cambio positivo muy importante y garantiza que la opinión de los pacientes y sus familias se tiene en consideración, facilitando de esta manera un cuidado humanizado individualizado adaptado a cada circunstancia. Este cambio favorecería a la UCI ya que ganaría calidez ambiental que a su vez proporcionaría confort a los pacientes y familias.

Otra medida que es necesaria implementar en la UCI es la comunicación con el paciente como medio para conseguir el mayor bienestar posible. Es preciso que se incluya a la familia ya que ambas partes requieren de una atención adecuada <sup>(24)</sup>. Un buen canal de comunicación entre el binomio paciente-familia y los profesionales evitará inseguridades y reconfortará la relación de confianza que se establece con el equipo sanitario. Es elemental que a los profesionales se les enseñe durante los años de aprendizaje técnicas efectivas de comunicación: escucha activa, acompañamiento, empatía, ya que esto resultará mucho más útil a la hora de desempeñar su trabajo que adquirir determinados conocimientos más técnicos que no serán de utilidad durante la carrera profesional <sup>(24,25)</sup>. Dentro de la comunicación con el paciente-familia es importante la forma que las enfermeras tienen de comunicarse, el lenguaje ha de ser adecuado a cada familia y circunstancia. La información que se confiere debe de ser la correcta y hay que saber cómo y cuándo darla <sup>(24)</sup>.

Siempre se debe prestar atención a los deseos de las familias a la hora de participar en los cuidados básicos de los pacientes ya que su presencia en este tipo de actividades es importante en el proceso de recuperación de éstos. Proporcionar este

beneficio va a contribuir positivamente en la relación terapéutica y va a disminuir los factores estresantes de ambas partes <sup>(19)</sup>.

La frustración y el miedo que genera el contexto de un ingreso en la UCI, provoca en pacientes y familias una alteración física y emocional que repercute en la salud de los usuarios una vez son dados de alta en la unidad. Esta alteración se denomina síndrome post-cuidados intensivos y consiste en problemas físicos a nivel respiratorio y neuromuscular principalmente. Las secuelas emocionales son de dos tipos, cognitivas: problemas en la memoria y la atención. Y psíquicas: estrés, ansiedad, depresión, etc. <sup>(26)</sup>. Afecta a un importante número de pacientes, 30-50% <sup>(22)</sup>. Hay estudios que señalan que el 70% de los familiares sufren ansiedad y el 35% depresión <sup>(26)</sup>. Es esencial detectar los posibles factores de riesgo en pacientes y familias para poder tomar medidas y dar recomendaciones que ayuden a reducir la aparición del síndrome.

Cuando un paciente es ingresado en una unidad de cuidados críticos, quiere decir que su salud tiene un compromiso vital. En algunas circunstancias este compromiso desenlaza en el fallecimiento del paciente. Está dentro de las funciones de los profesionales de enfermería acompañar a los pacientes y familias en estos casos.

Los cuidados al final de la vida (CAV) son otra de las estrategias dentro del plan de humanización, los protocolos proporcionan las herramientas necesarias para hacer frente a este tipo de situaciones donde la dignidad del paciente y su familia prima por encima de todo <sup>(22)</sup>. La tasa de mortalidad en la UCI está entre un 16%-19% <sup>(27)</sup>, convirtiéndose así en la unidad con más defunciones del hospital. Los CAV aseguran que los pacientes reciban la atención necesaria para estar en un estado de confort que garantice una muerte digna <sup>(27)</sup>. Publicaciones anteriores destacan que el personal de enfermería de la UCI necesita adquirir más conocimientos sobre los CAV y sobre técnicas de acompañamiento a familias que están inmersas en el proceso <sup>(27)</sup>.

Las principales dificultades con las que se encuentran las enfermeras en la UCI a la hora de prestar estos cuidados son: Falta de conocimiento a la hora de proporcionar apoyo al paciente y su familia ante la situación de muerte inminente, ya que en la formación académica las enseñanzas van más destinadas a la curación del paciente y no a los cuidados al final de la vida. La estructura de la unidad no facilita poder propiciar un ambiente de privacidad idóneo y otros pacientes se ven obligados a vivir situaciones que favorecen su propia ansiedad y estrés.

Por otro lado, la situación psicoemocional de los propios profesionales, son otro hándicap a la hora de los CAV. El personal de enfermería con el fin de protegerse marca un distanciamiento con la familia y el paciente. Para evitar este tipo de actuaciones que pueden terminar deshumanizando los cuidados que recibe el paciente, es primordial que existan protocolos multidisciplinares de cuidados al final de la vida <sup>(22,27)</sup>.

Los estudios orientados al bienestar del paciente investigan el concepto que tienen sobre los cuidados que reciben por parte de las enfermeras en la UCI y la relación que se establece entre ambas partes. Se ha demostrado que los usuarios valoran como práctica positiva por encima de otras interacciones, que los profesionales de enfermería se presenten con su nombre cuando comienza el turno, así como que estén atentos a detalles tan cotidianos como el de ofrecer agua <sup>(21)</sup>. Establecer una correcta relación terapéutica va a favorecer la comunicación enfermera-paciente aumentando la confianza de ambos y permitiendo que la enfermera se pueda adelantar a las necesidades del paciente antes de que este las manifieste <sup>(21,28)</sup>. Los pacientes valoran cuando las enfermeras intercalan sus habilidades técnicas con su empatía emocional, y sienten que son tratados como personas y no patologías <sup>(29)</sup>. Refieren que en las unidades de cuidados críticos por normal general reciben un trato más agradable que se acompaña de demostraciones de afecto, con más frecuencia que en otras unidades de hospitalización <sup>(29)</sup>. Cuando se establece una comunicación de calidad desde el primer momento, el paciente tarda menos en sentir confianza y retarda la aparición de emociones negativas <sup>(30)</sup>. Esta relación de confianza permite que el paciente pueda manifestar en todo momento las emociones y necesidades que tiene.

La familia cumple un papel muy importante en el entorno del paciente hospitalizado en una UCI, investigar sobre la percepción que las familias de los usuarios sobre la calidad de los cuidados es una forma de conocer y mejorar la humanización en estas unidades.

Los estudios indican, que cuando una persona cae enferma y necesita de atención especializada, la estructura familiar sufre el riesgo de entrar en un período de crisis. Hay autores que afirman que las primeras 18-24 horas después del ingreso de la persona en la UCI son las más críticas ya que los miembros más cercanos de la familia pueden padecer estrés y ansiedad <sup>(31)</sup>. Está demostrado que en las primeras visitas que los familiares realizan en la UCI, se pueden dar situaciones angustiosas para ellos debido a las características propias de la unidad, pacientes desnudos,

intubados o monitorizados. Las enfermeras deben crear una relación empática con las familias con el fin de generar confianza y actuar como figura de apoyo y confianza en la UCI <sup>(31,32,33)</sup>.

Los estudios concluyen que el 80% de las familias afirman haberse sentido apoyadas, comprendidas y acompañadas en todo momento <sup>(31)</sup> por el personal de enfermería. Para que las enfermeras puedan prestar estos cuidados destinados a la familia, pero de los cuales también se beneficia el paciente, es necesario que adquiera una serie de habilidades comunicativas que faciliten el respeto y el apoyo emocional <sup>(6,31)</sup>.

Las líneas de investigación son muy extensas y no solamente se centran en estudiar al paciente y la familia, también estudian a los propios profesionales de enfermería para conocer su nivel de satisfacción con respecto a los cuidados. Hay estudios que examinan la capacidad de resiliencia de las enfermeras. La RAE define resiliencia como “la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos” <sup>(34)</sup>. Estos estudios se han visto alentados por la creciente necesidad de cuidar de los profesionales para que estos a su vez puedan cuidar bien de los pacientes. El mundo laboral sanitario tiene condiciones adversas, sufrimiento humano y ambiente profesional hostil, que favorecen la insatisfacción de los profesionales. Hay autores que consideran que las enfermeras resilientes son un elemento crucial en el sistema sanitario <sup>(35)</sup> y que es necesario fortalecerlas a nivel psicológico desde el principio para que puedan hacer frente a la presión emocional <sup>(35)</sup>. Incentivar el apoyo social entre profesionales podría minimizar los factores de riesgo <sup>(36)</sup>.

Otras líneas de investigación estudian el Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud debido a los altos índices de trabajadores insatisfechos que tiene el sistema sanitario. El Síndrome de Burnout es definido como “un estado de fatiga física y mental ocasionado por la intensa vida profesional en algunos individuos” <sup>(37)</sup>. Los índices de Burnout en los grupos de enfermeras que trabajan en la UCI y en plantas de hospitalización son los mismos, sin embargo, las enfermeras que trabajan en la UCI sienten mayor carga emocional y refieren estar más agotadas <sup>(14)</sup>. Es recomendable integrar programas de apoyo psicológico y de autodesarrollo para los profesionales.

También los estudios recomiendan mejorar los entornos laborales habilitando zonas recreativas y jornadas de motivación para el personal <sup>(37)</sup> donde se instruya a los profesionales a adquirir competencias comunicativas verbales y no verbales, no



solamente con el fin de proporcionar una mejor atención al paciente sino para que sean los propios profesionales los que tengan las herramientas adecuadas para comunicarse entre ellos y poder establecer redes de apoyo que les facilite la carga emocional que les produce el trabajo <sup>(14,37,38)</sup>.

En definitiva, la numerosa investigación centrada en la humanización de los cuidados críticos confluye en la importancia de ésta para los pacientes y familias, que además de la alta cualificación de los profesionales, reclaman y valoran los aspectos más humanos e individuales frente a la tecnología.

### 1.3 Justificación:

La humanización de los cuidados es una cuestión que concierne a toda la sociedad ya que todas las personas en algún momento de su vida van a necesitar atención sanitaria y se debe luchar para que esta atención sea de la mayor calidad posible. Para ello es primordial que los profesionales sanitarios tengan las herramientas necesarias para combatir las situaciones que se experimentan en la UCI. Anticiparse al síndrome post-uci de pacientes y familiares cuando reciben el alta, tener las habilidades necesarias para afrontar los cuidados al final de la vida tanto con el paciente como con su familia, brindar la confianza necesaria a los usuarios para que se establezca una comunicación eficaz que permita el desahogo de las preocupaciones que envuelven el proceso de enfermedad, manejar las nuevas tecnologías implementadas en las unidades como un medio para la recuperación del paciente, son algunas de las destrezas que tiene que ser capaces de manejar los profesionales en la UCI para poder alcanzar el cuidado humanizado <sup>(39)</sup>.

En la actualidad el índice de supervivencia en la UCI es del 85% <sup>(18)</sup>, este alto número obliga a las instituciones a plantearse tomar medidas contra la deshumanización. Para ello es necesario modificar el actual modelo de gestión sanitaria para que favorezca la inclusión de la humanización en los hospitales en vez de dar relevancia a la relación costo-económica que en la mayoría de los casos solamente vela por la productividad y provoca deterioro en la función de los profesionales <sup>(40)</sup>.

La humanización de la asistencia sanitaria es necesaria porque contribuye de forma significativa a la calidad percibida por sus usuarios, a la satisfacción de los profesionales que la prestan y a la eficiencia de los sistemas de salud. Es un hecho que el centro de la humanización es el paciente ya que es el enfermo, el que recibe los cuidados principales y se ve afectado de forma directa por todos los procesos de la

propia actividad asistencial. No obstante, la familia también es una pieza fundamental ya que es el principal apoyo del usuario. Por las condiciones estructurales y el método de trabajo utilizado, en la mayoría de los casos las familias también sufren temor y ansiedad. Para finalizar, es importante mencionar a los profesionales, ya que sobre ellos recae la responsabilidad de cuidar al paciente y su familia mediante una serie de actividades entre las que destaca la comunicación como medio para reconocer los factores de riesgo que desencadenaran los trastornos post-uci.

Este proyecto nace de la necesidad de conocer hasta qué punto la humanización está implementada en las unidades de cuidados críticos. Para ello es relevante conocer las percepciones de los pacientes y sus familias mediante herramientas que faciliten la recogida de información, así como promover la práctica reflexiva entre los profesionales, con el objetivo de crear autoconciencia sobre el cuidado humanizado y conseguir que en un futuro cercano la humanización sea algo cotidiano de las unidades de cuidados intensivos y forme parte de los principios y estrategias en la cartera de servicios de las unidades de cuidados intensivos.

## **2. METODOLOGÍA:**

### 2.1 Objetivo general:

- ❖ Estudiar la percepción sobre los cuidados humanizados prestados por los profesionales de enfermería, a los pacientes y las familias en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

### 2.2 Objetivos específicos:

- ❖ Describir la percepción de los pacientes sobre los cuidados humanizados prestados por parte de los profesionales de enfermería en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.
- ❖ Describir la percepción de los familiares sobre los cuidados humanizados que percibieron por parte de los profesionales de enfermería en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

### 2.3 Diseño de la investigación:

- Se llevará a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo.

### 2.4 Población y muestra:

Este proyecto de investigación se va a llevar a cabo en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. La UMI consta de tres módulos (10 camas por módulo) conectados entre sí por un pasillo central que continua hasta los despachos de la unidad.

En la unidad trabajan 15 enfermeros por turno, 72 en total. Puede haber variaciones dependiendo del índice de ocupación que tenga la unidad. En 2017 la unidad tuvo 1093 ingresos y un índice de ocupación del 62,46%<sup>(41)</sup>.

La población objeto de estudio del presente proyecto son, los pacientes y familias atendidos en la unidad durante el periodo de estudio establecido entre los meses de diciembre de 2019 a mayo del 2020.

Se efectuará un muestreo no probabilístico intencionado durante un periodo de 6 meses.

**Criterios de Inclusión:**

- Pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra señora de la Candelaria que tengan un ingreso superior a 5 días en la unidad.
- Familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

**Criterios de exclusión:**

- Ser menor de 18 años o mayor de 80 años.
- Ingresos inferiores a 5 días.
- Pacientes que padezcan secuelas graves que imposibiliten su participación.
- Familias y pacientes que no sepan, leer, escribir y comprender el español.
- Pacientes y familias que no hayan firmado el consentimiento informado.

**2.5 Variables para medir e instrumento para la recogida de datos:**

Las variables de esta investigación se agrupan en dos bloques: variables sociodemográficas que permitan conocer las características de los individuos que accedan a participar en el estudio. Y variables sobre la percepción de comportamientos de cuidado humanizado que faciliten la percepción que tienen los pacientes y sus familias sobre este aspecto durante su estancia en la Unidad de Medicina Intensiva.

**2.5.1 Variables sociodemográficas:**

Las variables sociodemográficas permitirán conocer el perfil sociodemográfico de cada paciente y familiar que vayan a participar en el estudio. Se recogerán en un cuestionario y constará de 6 ítems.

**Pacientes:**

- Edad.
- Sexo.
- Ocupación.
- Ha estado ingresado(a) con anterioridad en una Unidad de Cuidados Críticos.
- En caso de afirmación, nivel de satisfacción con respecto a los cuidados humanizados por parte del personal de enfermería.
- Duración del ingreso actual.

**Familiares:**

- Edad.
- Sexo.
- Parentesco.
- Ocupación.
- Ha tenido familiares ingresados con anterioridad en una Unidad de Cuidados Críticos.
- En caso de afirmación, nivel de satisfacción con respecto a los cuidados humanizados por parte del personal de enfermería.
- Duración del ingreso actual.

**2.5.2 Variables sobre la percepción del cuidado humanizado en la UMI:****Paciente y familias:**

Para la recogida de datos se utilizará el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado 3ª versión” (PCHE 3ª versión) <sup>(42)</sup> que permite evaluar las características de la atención humanizada de enfermería en escenarios hospitalarios, está validado para la población española y tiene propiedades psicométricas adecuadas. Los estudios demuestran que esta versión del instrumento proporciona mayor eficacia que las versiones anteriores y que es una herramienta objetiva que permite a los profesionales de enfermería conocer las percepciones de los usuarios y así poder mejorar los cuidados prestados <sup>(43)</sup>.

El instrumento para la recogida de datos consta de 32 ítems en los que se definen tres dimensiones de la enfermería: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y disposición para la atención. Los pacientes y familias deben responder cada apartado con: siempre, casi siempre, algunas veces o nunca, según la percepción de cada paciente y sus familias (Anexos 4 y 5).

Las dimensiones del cuestionario son las siguientes:

-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. Incluye siete ítems.

- 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 la comprensión de quien es cuidado. Engloba 8 ítems.

- 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. Asocia 17 ítems.

Se utilizará el mismo instrumento de recogida de datos para pacientes y familias adaptándose el instrumento en el caso de la percepción de los familiares con el fin de que se pueda adaptar a las características del estudio. El instrumento tiene sus propios criterios de interpretación <sup>(43)</sup> que se encuentran en el anexo 6.

## 2.6 Procedimiento de recogida de información:

El primer paso será solicitar los permisos pertinentes al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria para llevar a cabo el proyecto de investigación en la UMI sobre la percepción de los cuidados humanizados que reciben los pacientes y sus familias. Una vez obtenidos los permisos, el investigador principal, procederá a programar una reunión con los supervisores y enfermeros de la unidad para explicarles los objetivos del proyecto y como se va a llevar a cabo. La reunión se llevará a cabo en el aula de docencia de la unidad y se explicará de forma detallada el fin de esta investigación. Para ello se dará una breve charla sobre la humanización de los cuidados y se indicarán los objetivos de este estudio, así como el instrumento que se utilizará para la recogida de datos. También se pedirá la colaboración de los profesionales de enfermería ya que tendrán un papel fundamental a la hora de captar a los pacientes y familias.

Se ha establecido que la recogida de datos se lleve a cabo durante un período de 6 meses. La captación de pacientes y familias se hará en la unidad, donde se les explicará el objeto de estudio y las condiciones a las que estarán sujetas su participación, así como los requisitos que serán necesarios para poder colaborar en el estudio. Una vez los pacientes y sus familias decidan participar se les hará entrega del consentimiento informado de la investigación para que lo firmen junto con una ficha de datos básicos. Para poder llevar a cabo el trabajo de campo se contará con la

colaboración del personal de enfermería, ya que ellos serán los encargados de seleccionar a los pacientes y familias que participen en el estudio y se mantendrán en contacto con la investigadora para notificarle una vez estos reciban el alta.

Una vez estén dentro del proyecto, se esperará a que el paciente y su familia sean dados de alta y estén 72 horas en la nueva unidad de hospitalización con el fin de proporcionar un tiempo prudencial para la adaptación. Cuando este plazo se cumpla será la investigadora la que acuda al hospital a reunirse con los usuarios para proporcionarles el instrumento de recogida de datos. Se les explicará de nuevo el fin de la investigación y la importancia de que solamente valoren la atención recibida en la UMI cuando estén respondiendo el cuestionario. Se dará un tiempo prudencial necesario para rellenar el cuestionario y se les facilitará un medio de contacto con la investigadora para resolver dudas o informar en caso de que deseen darse de baja del proyecto.

### 2.7 Análisis de los datos:

De acuerdo con los objetivos planteados para este proyecto, los métodos estadísticos serán de tipo descriptivo. En el caso de las variables cuantitativas, utilizaremos los estadísticos de tendencia central y dispersión, mientras que las variables cualitativas serán analizadas en términos de frecuencias y porcentajes.

## **3. CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

La investigadora de este proyecto no está sujeta a ningún conflicto de intereses. La participación del estudio será anónima y voluntaria.

Los datos que se obtengan del estudio serán tratados con total confidencialidad y protección tal y como lo expone la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal <sup>(44)</sup>.

Para poder llevar a cabo la investigación se pedirá permiso a la gerencia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (Anexo 1). Las personas que participen en el estudio lo harán de forma voluntaria, firmando el consentimiento informado (Anexo 2) y rellenando una ficha de datos básicos (Anexo 3). Una vez hayan aceptado y firmado el consentimiento se les hará el seguimiento pertinente para hacerles entrega del cuestionario a pacientes y familias (Anexo 4-5) una vez dados de alta en la UMI. Las personas que participen en el estudio tendrán acceso a él cuando así lo deseen, También podrán retirarse del proyecto si en algún momento lo estiman oportuno.

Los datos obtenidos en este proyecto serán utilizados únicamente con fines de investigación.

#### 4. CRONOGRAMA:

	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Preparación del proyecto										
Obtención del permiso y reuniones previas										
Recogida de datos										
Análisis de los datos										
Preparación de informe de resultados										
Difusión de los resultados										

#### 5. RESUPUESTO:

Recursos		Costes
Materiales	Papelería	60€
	Fotocopias	60€
	Equipo informático	600€
Humanos	Estadístico	700€
	Dietas y desplazamientos	300€
Total		1.720€



## 6. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bautista-Rodríguez, L.M. Parra Carrillo, E.L. Arias Torres, K.M. Parada Ortiz, K.J. Ascanio Meza, K.A. Villamarín Capacho, M.I. et al. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Ciencia y Cuidado* 2015; 12(1):105-118. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/331/345>
- 2.- Correa Zambrano, M.L. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte* 2016; 7(1):1227-31. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/300/487>
- 3.- Consejo Internacional de Enfermeras. Definición enfermería. 2002. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- 4.- Lescaille Taquechel, M. Apao Díaz, J. Reyes Figueroa, M.A. Alfonso Mora, M. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2013; 12(4):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000400021&lng=en&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000400021&lng=en&tlng=en)
- 5.- Leininger, M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados* 1970. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5126/1/CC\\_06\\_01.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5126/1/CC_06_01.pdf)
- 6.- Beltrán-Salazar Ó. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index de Enfermería* 2015; 24(1-2):49-53. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1132-12962015000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962015000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- 7.- Suyono, J. Mudjanarko, S.W. Motivation Engineering to Employee by Employees Abraham Maslow Theory. *JETL (Journal Of Education, Teaching and Learning)* 2017 ;2(1):27-33. Disponible en: [http://journal.stkipsingkawang.ac.id/index.php/JETL/article/view/141/pdf\\_1](http://journal.stkipsingkawang.ac.id/index.php/JETL/article/view/141/pdf_1)
- 8.- Díaz, U. O.S. Formación en competencias para la comprensión cultural en el cuidado de enfermería. *Rev. Colomb. Enferm.* Abril 2015. Vól 10; 35-44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6547171.pdf>
- 9.- Bernaldes, M. Pedrero, V. Obach, A. Pérez, C. Competencia cultural en salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Rev Med Chile* 2015; 143: 401-402. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/9e2d/db2e4fd4a9067c603a7d313013c973e035eb.pdf>

- 10.- Poblete Troncoso, M. Valenzuela Suazo, S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
- 11.- Urra, M.E. Jana, A.A. García, V.M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería 2011 ;17(3):11-22. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=en&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=en&tlng=en)
- 12.- Guerrero Ramírez, R. Meneses La Riva, M.E. De La Cruz-Ruiz, M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. Rev enferm Herediana. 2016; 9(2):133-142. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/19486/3017-7642-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 13.- Ministerio de Sanidad y política Social. Unidad de cuidados intensivos: estándares y recomendaciones. 2010. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- 14.- Navarro Arnedo, J.M. Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España. Enfermería Global 2012 ;11(26):267-289. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000200018](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200018)
- 15.- Santos, F.C. Camelo, S. O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva: Perfil e capacitação Profissional. Las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos: Perfil y Formación Profesional. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 2015; 19(43). Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/52599/1/Cult\\_Cuid\\_43\\_13.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/52599/1/Cult_Cuid_43_13.pdf)
- 16.- Kuerten Rocha, P. Prado, M.L. Almeida Cabral, P. F. Jatobá de Souza, A. I. Anders, J.C. Technology and caring in intensive care units. Index de Enfermería 2013; 22(3):156-160. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1132-12962013000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962013000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- 17.- Marinho, P.M. Campos, M.O. Rodrigues, E.O, Gois, C.F. Barreto, I.D. Construction and validation of a tool to Assess the Use of Light Technologies at Intensive Care Units. Revista latino-americana de enfermagem 2016 ;24:e2816. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27992025>

- 18.- Heras La Calle, G. Humanizing Intensive Care. ICU Management & Practice, 2015. Vol 15. Disponible en: <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/humanizing-intensive-care>
- 19.- Heras La Calle, G., Martín, M. and Nin, N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. Scielo 2016. Disponible en: <http://www.rbti.org.br/content/imagebank/pdf/0103-507X-rbti-29-01-0009.pdf>
- 20.- Escudero, D. Martín, L. Viña, L. Quindós, B. Espina, M.J. Forcelledo, L. et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. Revista de Calidad Asistencial 2015; 30(5):243-250. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X15001013>
- 21.- Fernandes da Cruz Silva, L. Machado, R.C. Fernandes da Cruz Silva, V.M. Salazar Posso, M.B. Estresse do paciente em UTI: visão de pacientes e equipe de enfermagem. DOCENCIA - INVESTIGACIÓN. Enfermería Global 2013; 12(32):88-103. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- 22.- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017. Disponible en: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>
- 23.- Arias Rivera, S. Sánchez Sánchez, M.M. Do Spanish Intensive Care Units need to be “humanised”? . Enfermería Intensiva. 2017; 28: 1-3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-english-edition--430-articulo-do-spanish-intensive-care-units-S2529984017300113>
- 24.- Alonso Ovies, A. Heras La Calle, G. Tell me what you need. I hear you. Medicina Intensiva, 2019. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/en-tell-me-what-you-need-articulo-S217357271930061X>
- 25.- Velasco Bueno, J.M. Alonso-Ovies, A. Heras La Calle, G. Zaforteza Lallemand, C. Main information requests of family members of patients in Intensive Care Units. Medicina Intensiva. 2018; 42(6):337-345. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtk.ull.es/science/article/pii/S2173572718300948>
- 26.- Martín Delgado, M.C. García de Lorenzo y Mateos, A. Surviving the Intensive Care Units looking through the family’s eyes. Enfermería Intensiva, 2017; 41:451-453. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtk.ull.es/science/article/pii/S2173572717301649>

- 27.- Velarde García, J.F. Luengo González, R. González Hervías, R. González Cervante, S. Álvarez Embarba, B. Palacios Ceña, D. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. Gaceta Sanitaria 2017; 31(4):299-304. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0213911117300079>
- 28.- Müggenburg, C. Riveros-Rosas, A. Juárez-García, F. Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. Enfermería Universitaria 2016; 13(4):201-207. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S1665706316300392>
- 29.- Ramírez, P. Müggenburg, C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Universitaria 2015; 12(3):134-143. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500038X>
- 30.- Nilsen, M.L. Sereika, S.M. Happ, M.B. Nurse and patient characteristics associated with duration of nurse talk during patient encounters in ICU. Heart & Lung 2013; 42(1):5-12. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0147956312003962#!>
- 31.- Bautista Rodríguez, L.M. Arias Velandia, M.F. Carreño Leiva, Z.O. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Revista Cuidarte 2016; 7(2):1297-1309. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732016000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- 32.- Arteaga Mendieta, F.R. Zea Vera, M.E. Relevancia de la comunicación con los familiares de los pacientes de las Unidades de Cuidados Críticos del Hospital IESS Milagro. Ciencia UNEMI 2014; 7(2):16-21. Disponible en: <https://doaj.org/article/fe2851aec34a49ae9304058b2f8cb142>
- 33.- Galvin, I.M. Leitch, J. Gill, R. Poser, K. McKeown, S. Humanization of critical care- Psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. Journal Canadien D'anesthesie, 2018; Vol 65 (12): 1348-1371. Disponible en: <https://link-springer-com.accedys2.bbt.ull.es/content/pdf/10.1007%2Fs12630-018-1227-7.pdf>
- 34.- Real Academia Española. Definición de Resiliencia, 2018. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=WA5onlw>

- 35.- Arrogante Ó. Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería* 2015; 24(4):232-235. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962015000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- 36.- Ramos Guajardo, S. Ceballos Vásquez, P. Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería: Cuidados Humanizados* 2018; 7(1):3-16. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/issue/view/187/NUMERO%20COMPLETO>
- 37.- Rodríguez López, A.I. Méndez Durán, A. Síndrome del burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas en un hospital de tercer nivel. *Gac Med Bilbao*. 2016; 113(3):99-104. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5727327>
- 38.- García Moyano, L. Arrazola Alberdi, O. Barrio Forné, N. Grau Salamero, L. Habilidades de comunicación como herramienta útil para la prevención del síndrome de burnout. *Metas Enferm* 2013; 16(1):57-60. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80408/>
- 39.- Carli, B.S. Ubessi, L.D. Pettenon, M.K; et al. The humanization theme in intensive care in health stuedies. *Rev Fund Care*, 2018;10(2): 326-333. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6701795>
- 40.- Espinosa Aranzales, Á. Enríquez Guerrero, C. Leiva Aranzalez, F. López Arévalo, M. Castañeda Rodríguez, L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. *Ciencia y enfermería* 2015;21(2):39-49. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000200005&lng=en&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200005&lng=en&tlng=en)
- 41.- Servicio Canario de Salud. Memoria anual de actividad Complejo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, 2017. Disponible en: [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/32c2a028-f23e-11e8-bfb3-8dc4373fd2c0/Memoria\\_2017\\_HUNSC.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/32c2a028-f23e-11e8-bfb3-8dc4373fd2c0/Memoria_2017_HUNSC.pdf)
- 42.- González Hernández, O.J. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería PCHE3ª versión”. Aquichan.

2015; 15 (3): 381-92. Disponible en:  
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4806/3933>

43.- González Hernández, O.J. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE clinicountry 3ª versión” Universidad Nacional de Colombia, 2014; 97-98. Disponible en:  
<http://bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>

44.- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. España: Jefatura del Estado <<BOE>> núm. 298; 1999. Disponible en:  
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>

## 7. ANEXOS:

### Anexo 1: Consentimiento del hospital para realizar el estudio:

Servicio Canario de Salud

Gerencia del HUNSC

Estimado Sr. Director Gerente:

Me pongo en contacto con usted a través de esta carta con el fin de informarle sobre el proyecto de investigación llamado “Percepción de los cuidados humanizados en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria” para solicitar la autorización necesaria y aquellos permisos imprescindibles para la puesta en marcha del proyecto.

El objetivo principal de este proyecto es valorar los cuidados que perciben los pacientes y las familias en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, por parte de los profesionales de enfermería.

Para ello, se utilizará un instrumento llamado “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado PCHE 3ª versión” validado en 2015 y al que se le han hecho diversas modificaciones adaptándolo en primer lugar a la percepción del paciente, en segundo lugar, a la percepción de las familias de dicho paciente.

El proyecto dará comienzo el 1 de diciembre del 2019 y finalizará el 30 de mayo del 2020. Como investigadora principal, solicito la autorización correspondiente para su realización y adjunto ejemplar del proyecto.

Atentamente,

Fdo. María Palmero García

Fecha:

Investigadora principal del proyecto.

## Anexo 2: Consentimiento informado: pacientes y familias:

### **Título de la investigación**

Percepción de los cuidados humanizados en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

### **Descripción:**

La investigación en la que va a participar es sobre la percepción de los cuidados humanizados en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. La investigación es realizada por María Palmero García, estudiante del último curso de enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

El fin de esta investigación es conocer como son los cuidados humanizados que reciben los pacientes y las familias en la Unidad de Medicina Intensiva, para ello se utilizará un instrumento de recogida de datos denominado "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión", el cual recogerá dichas percepciones. El cuestionario ha sido adecuado para pacientes y familias. Para poder participar es necesario que el ingreso en el servicio sea igual o mayor a 5 días, una vez superado ese tiempo. La entrega del cuestionario se hará una vez usted abandone la Unidad de Medicina Intensiva y pase a la unidad de hospitalización correspondiente.

En caso de que decida participar en este estudio, se le hará entrega de una ficha de datos básicos que deberá rellenar con sus datos personales. A las 72 horas de haber recibido el alta de la Unidad de Medicina Intensiva la investigadora acudirá a la unidad de hospitalización donde se encuentre para explicarle la investigación, el fin de la misma, resolver dudas y hacerle entrega del cuestionario.

### **Confidencialidad**

Toda la información recogida en estos cuestionarios y en las fichas de datos básicos serán utilizados únicamente con fines docentes y de investigación .

Toda la información es confidencial y se mantendrá el anonimato.



## Derechos

Puede retirarse de la investigación cuando lo desee ya que su participación en ella es totalmente voluntaria. El tiempo que va a destinar a este estudio es el que necesite para rellenar el cuestionario exclusivamente.

Si tiene alguna duda o desea recibir más información, puede ponerse en contacto con la investigadora María Palmero García al 000000000000 o al correo: [maría.1@gmail.com](mailto:maría.1@gmail.com)

Si firma este documento está aceptando participar en la investigación y ha leído la documentación entregada.

Nombre del participante  
\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del investigador  
\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Anexo 3: Ficha de datos básicos:

***Para el paciente:***

Para poder colaborar con este estudio, es necesario que rellene la siguiente información sobre usted. Toda la información facilitada será completamente confidencial y estará protegida en todo momento, son datos que se utilizarán únicamente para fines de la investigación.

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Ha estado ingresado(a) con anterioridad en una Unidad de Cuidados Críticos:

En caso de afirmación, nivel de satisfacción con respecto a los cuidados humanizados por parte del personal de enfermería:

Marque con una X.

Sumamente satisfecho	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho

Duración del ingreso actual:

**Para las familias:**

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Ha tenido familiares ingresados con anterioridad en una Unidad de Cuidados Críticos:

En caso de afirmación, nivel de satisfacción con respecto a los cuidados humanizados por parte del personal de enfermería:

Marque con una X.

Sumamente satisfecho	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho

Duración del ingreso actual:

Parentesco:

Anexo 4: Instrumento de recogida de datos sobre la percepción de cuidado humanizado en la UMI, PERCEPCIÓN PACIENTE:

Estimado(a) paciente: Se le hace entrega de este cuestionario para que usted lo rellene con el fin de poder conocer la percepción que usted tiene sobre los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería de la Unidad de Medicina Intensiva. Señale con una X la respuesta que usted considere que se corresponde más con el trato recibido. Recuerde que este cuestionario sólo hace referencia al personal de enfermería y no al resto de profesionales sanitarios que lo atendieron en el servicio. Si desea añadir algo que considere relevante utilice el apartado de observaciones. Todos los datos recogidos en este cuestionario, así como sus datos personales son completamente confidenciales y con fines científicos.

<b>ÍTEMS</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>NUNCA</b>
1.- Le hicieron sentir como una persona				
2.- Le trataron con amabilidad				
3.- Le mostraron interés por brindarle comodidad durante su ingreso				
4.- Le miraron a los ojos, cuando le hablan				
5.- Le dedicaron tiempo para aclararle sus inquietudes				
6.- Le hicieron sentirse bien atendido(a) cuando dialogaron con usted				
7.- El personal de enfermería le hizo sentirse tranquilo(a), cuando estaba con usted				
8.- Le generaron confianza cuando lo(la)				

cuidaron				
9.- Le facilitaron el diálogo				
10.- Le explicaron anticipadamente los procedimientos previstos a los que fue sometido(a)				
11.- Le respondieron con seguridad y claridad a sus preguntas				
12.- Le indicaron su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13.- Le dedicaron el tiempo requerido para su atención				
14.- Le daban indicaciones sobre su atención cuando usted lo requirió o según su situación de salud				
15.- Le explicaron los cuidados usando un tono de voz pausado				
16.- Le llamaron por su nombre				
17.- Le demostraron respeto por sus creencias y valores				
18.- Le atendieron oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19.- Le proporcionaron información suficiente y oportuna para que pudiera tomar decisiones sobre su				

situación de salud				
20.- Le manifestaron que estaban pendientes de usted				
21.- Le permitieron expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22.- Respondieron oportunamente a su llamado				
23.- Identificaron sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24.- Le escucharon atentamente				
25.- Le preguntaron y se preocuparon por su estado de ánimo				
26.- Le brindaron un cuidado cálido y delicado				
27.- Le ayudaron a manejar su dolor físico				
28.- Le demostraron que son responsables con su atención				
29.- Le respetaron sus decisiones				
30.- Le indicaron que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31.- Le respetaron su intimidad				
32.- Le administraron a				

tiempo los medicamentos ordenados por el médico				
--	--	--	--	--

Utilice este apartado para añadir las cosas que considere importantes y no recoja el cuestionario. Gracias por su participación.

Observaciones:

---

---

---

---

---

---

Anexo 5: Instrumento de recogida de datos sobre la percepción de cuidado humanizado en la UCI, PERCEPCIÓN FAMILIAS:

Estimado(a) familiar: Se le hace entrega de este cuestionario para que usted lo rellene con el fin de poder conocer la percepción que usted tiene sobre los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería a su familiar en la Unidad de Medicina Intensiva. Señale con una X la respuesta que usted considere que se corresponde más con el trato recibido. Recuerde que este cuestionario hace referencia al personal de enfermería y no al resto de profesionales sanitarios que lo atendieron en el servicio. Si desea añadir algo que considere relevante utilice el apartado de observaciones. Todos los datos recogidos en este cuestionario, así como sus datos personales son completamente confidenciales y con fines científicos.

ÍTEMS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1.- Le hicieron sentir como una persona				
2.- Le trataron con amabilidad				
3.- Le mostraron interés por brindarle comodidad durante el ingreso de su familiar en el servicio				
4.- Le miraron a los ojos, cuando le hablan				
5.- Le dedicaron tiempo para aclararle sus inquietudes				
6.- Le hicieron sentirse bien atendido(a) cuando dialogan con usted				
7.- El personal de enfermería le hizo sentirse tranquilo(a), cuando estaba con usted				
8.- Le generaron confianza cuando				



cuidaron de su familiar				
9.- Le facilitaron el diálogo				
10.- Le explicaron anticipadamente los procedimientos previstos a los que fue sometido(a) su familiar				
11.- Le respondieron con seguridad y claridad a sus preguntas				
12.- Le indicaron su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos a su familiar				
13.- Le dedicaron el tiempo requerido para su atención				
14.- Le daban indicaciones sobre la atención cuando usted lo requirió o según su familiar				
15.- Le explicaron los cuidados usando un tono de voz pausado				
16.- Llamaron por su nombre a su familiar				
17.- Le demostraron respeto por sus creencias y valores				
18.- Atendieron oportunamente las necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal) de su familiar				
19.- Le proporcionaron información suficiente y oportuna para que pudiera tomar decisiones sobre la				

situación de salud de su familiar				
20.- Le manifestaron que estaban pendientes de usted y su familiar				
21.- Le permitieron expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento de su familiar				
22.- Respondieron oportunamente a su llamado				
23.- Identificaron sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24.- Le escucharon atentamente				
25.- Le preguntaron y se preocuparon por su estado de ánimo				
26.- Le brindaron un cuidado cálido y delicado				
27.- Le ayudaron a manejar el dolor físico de su familiar				
28.- Le demostraron que son responsables con la atención				
29.- Le respetaron sus decisiones				
30.- Le indicaron que cuando requiera algo, usted les puede llamar				

31.- Le respetaron la intimidad de su familiar y la suya				
32.- Le administraron a tiempo los medicamentos ordenados por el médico a su familiar				

Utilice este apartado para añadir las cosas que considere importantes y no recoja el cuestionario. Gracias por su participación.

Observaciones:

---



---



---



---



---



---

## Anexo 6: Interpretación del instrumento

Para la interpretación de los resultados del instrumento PCHE 3a versión, tenga en cuenta las categorías planteadas para esta versión: Cualidades del hacer de enfermería, Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y Disposición para la atención.

Al analizar las respuestas del instrumento en total, el rango real del instrumento es de 32 a 128. Al clasificar las respuestas se dispone de cuatro rangos de medida de acuerdo a las calificaciones dadas por los participantes en cuanto a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio:

<b>MEDIDA DE PERCEPCIÓN</b>	<b>RANGO</b>
Siempre	128-121
Casi siempre	120-112
Algunas veces	111-96
Nunca	95-32

Al analizar el instrumento por categorías tenga en cuenta:

- Categoría Cualidades del hacer de enfermería. Esta categoría incluye los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 15 y 17. El rango real es de 7 – 28. Se clasifican de acuerdo a la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto las cualidades del quehacer del personal de enfermería, teniendo en cuenta los rangos que se definen:

<b>MEDIDA DE PERCEPCIÓN</b>	<b>RANGO</b>
Siempre	28-27
Casi siempre	26-25
Algunas veces	24-20
Nunca	19-7

- Categoría Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente. Esta categoría incluye los ítems 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14 y 19. El rango real es de 8 – 32. Se clasifican de acuerdo a la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto a la comunicación entre el paciente y el personal de enfermería, teniendo en cuenta los rangos que se definen:

<b>MEDIDA DE PERCEPCIÓN</b>	<b>RANGO</b>
Siempre	32-30
Casi siempre	29-27
Algunas veces	26-21
Nunca	20-8

Categoría Disposición para la atención. Esta categoría incluye los ítems 3, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32. El rango real es de 17 – 32. Se clasifican de acuerdo a la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto a la disposición del personal de enfermería para la atención, teniendo en cuenta los rangos que se definen:

<b>MEDIDA DE PERCEPCIÓN</b>	<b>RANGO</b>
Siempre	68-65
Casi siempre	64-59
Algunas veces	58-50
Nunca	49-17