



Universidad
de La Laguna



TRABAJO FIN DE GRADO

**“PERCEPCIÓN DE CUIDADOS HUMANIZADOS EN EL
PACIENTE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
CANARIAS Y DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA
CANDELARIA.”**

Autor: Natacha Ramos González

Tutora: M.^a Aránzazu García Pizarro

GRADO EN ENFERMERÍA.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA Y
FISIOTERAPIA

Tenerife. Universidad de La Laguna.

Curso 2015-2016

Resumen:

El desarrollo de la tecnología dentro del campo quirúrgico ha logrado grandes avances en el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades. Sin embargo, este empeño por mejorar estos aspectos, pueden condicionar a la deshumanización de los cuidados dirigidos al paciente. Llegados a este punto, la humanización se ha convertido en un tema de actualidad que preocupa al personal sanitario, en especial el personal de enfermería, puesto que permanece la mayor parte del tiempo con el paciente y desde sus inicios ha puesto en práctica el cuidado humano, cuyas bases se fundamentan en teorías como las de Watson, Leininger, etc. Es por este motivo que este estudio pretende averiguar cuál es la percepción que poseen los pacientes de los dos hospitales de referencia de Tenerife, Hospital Universitario Canario y Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, de los enfermeros(as) sobre los comportamientos de cuidado humanizados brindados durante todo el proceso quirúrgico: desde la consulta de preanestesia hasta el alta al domicilio, y también, analizar si pasados 6 meses de la intervención esta percepción se mantiene.

Se trata de un estudio descriptivo de carácter longitudinal, sobre una muestra disponible de pacientes quirúrgicos durante un periodo de tres meses. Con ello, se intenta conocer la percepción de los pacientes sometidos a procesos quirúrgicos en ambos hospitales, que permita identificar las áreas de mejora en la humanización de los cuidados de enfermería y al mismo tiempo, mejorar la calidad asistencial proporcionada.

Palabras clave:

Humanización, personal de enfermería, paciente quirúrgico.

Summary:

The development of technology inside the surgical field has achieved great progress in the diagnosis and treatment of many diseases. Nevertheless, the tendency to improve these aspects, may contribute the dehumanization of care guided to the patient. At this point, humanization has become a topical issue of concern for health personnel, especially nurses, because they spend more time with the patient and from the beginning have implemented human care, with backgrounds based on theories like those of Watson, Leininger, etc. It is for this reason that this study aims to find out what is the perception that the patient has of the two reference hospitals of Tenerife, Hospital Universitario de Canarias and Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, about the nurses on the humanized care behaviors provided during the surgical process: from the pre-anesthesia consultation to the discharge and also 6 months after intervention to know if that appreciation is maintained.

This is a longitudinal descriptive study on available sample of surgical users over a period of three months. With this, we aim to know the perception of patients undergoing surgical procedures in both hospitals, which allows identifying the areas of improvement in the humanization of nursing care and at the same time improve the quality of care provided.

Key words:

Humanization, nursing staff, surgical patient.

Índice

1. Marco teórico	5
1.1. Concepto de humanización y relación con la enfermería	5
1.2. Humanización-Tecnología. Percepción de cuidado humanizado	8
1.3. Contexto quirúrgico. Unidad de Cuidados Intensivos. Antecedentes	8
2. Justificación	12
3. Objetivos	14
4. Metodología	15
4.1. Diseño de investigación	15
4.2. Población y muestra	15
4.3. Variables a medir e instrumento para la recogida de datos	16
4.4. Procedimiento de recogida de la información	17
4.5. Análisis de datos	18
5. Consideraciones éticas	19
6. Plan de trabajo	20
7. Presupuesto	20
8. Bibliografía	21
9. Anexos	26

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Concepto de humanización y relación con la enfermería

El humanismo es un término que tiene diversos significados, dependiendo del contexto donde se quiera retratar. Jakop Burkhardt señala que el humanismo es “una época en la que el hombre se convirtió en un individuo espiritual y se reconoció como tal, haciéndose creador de su propia vida”.¹ Durante los siglos XVI-XVIII, los cuidados eran brindados en los hospitales, primero a soldados heridos y más tarde se dedicaron a la atención a desvalidos, a cargo de órdenes religiosas dedicadas al cuidado de enfermos.^{2,3}

En el Renacimiento, la preservación y mantenimiento de la vida requería de cuidados que se dividieron en dos tipos: cuidados de costumbre o habituales,⁴ que eran dados en el hogar asociados a mantenimiento de la salud y cuidados de curación. Ambos tipos fueron desarrollados esencialmente por mujeres, así el papel de la enfermería en esta época se desarrolló vinculado al rol religioso y de género femenino. Además, los conceptos mujer y enfermería iban directamente ligados, ya que se mostraba una vocación precristiana y ancestral en los cuidados de la salud. La formación de enfermeras estuvo a cargo de las órdenes religiosas, donde mostraban su docilidad, vocación de servicio; muy relacionado con la obediencia religiosa. Los médicos se encargaban de la parte científica, curar, y los cuidados eran derivados a las enfermeras.⁵

El concepto de humanismo que actualmente se reconoce, es acuñado por los neoclásicos alemanes a finales del siglo XVIII y los románticos a principios del siglo XIX, que está enfocado al ser humano integralmente, generador de vida, libre de implicaciones religiosas, lo que favorece un cuidado centrado en la persona.⁶ Esta profundización en el concepto de humanización repercute en los profesionales de enfermería de dos maneras: consigue una enfermera satisfecha consigo misma, consciente de las implicaciones éticas, sociales y políticas que influyen en su práctica profesional y una enfermera orientada hacia la humanización del cuidado que sea centrado en la persona.⁷ Así, el concepto de humanizar en el mundo sanitario, se refiere a promover, proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar un ambiente armonioso dentro de una vida sana, teniendo en cuenta los factores físicos, emotivos, sociales y espirituales del individuo. Desde estas premisas, diferentes teóricos de la enfermería van formando teorías y modelos de la humanización en la enfermería asistencial.⁸

La historia de los modelos enfermería, nace con Florence Nightingale en la segunda mitad del siglo XIX. Es desde este momento cuando comienzan a aparecer en la literatura profesional todos los modelos de cuidado y las teorías de enfermería que hacen una aproximación teórica a los elementos de la profesión.⁹ Desde de estos enfoques, se ha podido clarificar entre otros el concepto de humanización, qué para muchos de los teóricos, es la base del acto de cuidado de enfermería. Son muchos los autores que han profundizado en la visión humanística de la enfermería: Florence Nightingale, Faye Glenn Abdellah, Ernestine Wiedenbach, Virginia Henderson, Lydia Hall, Myra Levine, etc. Entre todos ellas, destaca por su carácter innovador Jean Watson con su teoría del cuidado transpersonal.¹⁰

Margaret Jean Harman Watson, es una enfermera destacada por sus teorías contemporáneas en el ámbito de su profesión.¹¹ Influenciada por el pensamiento de figuras como Nightingale, Henderson, Leininger, Peplau, Rogers, Newman, etc. Watson describe la relación de cuidado transpersonal como un tipo de relación humana que se establece con otra persona, muy respetada para la persona que cuida y su estar en el mundo, es decir una relación basada en la armonía entre cuerpo, alma y mente mediante una relación de ayuda y confianza entre cuidador y persona cuidada. Para formular su teoría, define 7 supuestos y 10 factores de cuidado o factores caritativos. Los segundos son una extensión de los primeros, que permiten entender mejor las dimensiones en las experiencias humanas. Estas premisas, según su autora, regulan la práctica profesional de la enfermera, y la orientan a promover la recuperación del individuo de la enfermedad y la resolución de problemas. Los 10 factores de cuidado descritos comprenden: formación humanista-altruista en un sistema de valores, incorporación de la fe-esperanza, el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros, el desarrollo de una relación de ayuda y confianza, la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos, el uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial, la promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal, la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural, la asistencia con la gratificación de necesidades humanas y, por último, el reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales.¹²

Los tres primeros factores, forman la base de su teoría, donde se considera cada persona como “un ser en el mundo” teniendo en cuenta alma, cuerpo y espíritu. La persona debe de conseguir la armonía entre estas tres dimensiones. Desde esta

consideración, desarrolla toda su construcción teórica, integrando los valores y las creencias de la vida humana, y formulando entre otros, lo que entiende y argumenta como axiomas del cuidado:

1. *“El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”*
2. *“La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantiene su calidad de persona conjuntamente con su rol.”*
3. *“El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.”¹³*

Jean Watson, 1985.

Por tanto, la humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas encaminada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida.¹⁴ Este proceso permite a los profesionales de enfermería crear una unión entre paciente-enfermero con el objetivo de generar soluciones rápidas y de calidad.^{15,16} Desde estas premisas, la profesión puede desarrollar valores como la compasión, la solidaridad, la consideración y la generosidad, que promueven su código ético y moral y crea un ambiente de armonía para la mejora en la recuperación de los sujetos.^{17,18}

Por consiguiente, la humanización representa un aspecto relevante de la profesión, puesto que los enfermeros son los profesionales sanitarios que permanecen más tiempo con el paciente y por ello, deben de proporcionar cuidados dirigidos hacia una atención integral; permitiendo una alianza entre técnica, tecnología y humanización.^{19,20}

1.2. Humanización-Tecnología. Percepción de cuidado humanizado.

La búsqueda inherente del ser humano por encontrar innovaciones de la vida diaria ha ayudado a mejorar su calidad de vida y su satisfacción personal en todos los ámbitos de desarrollo.²¹

Sin embargo, en el mundo sanitario en las últimas décadas, los grandes avances de la tecnología han convertido el vínculo profesional-paciente en una relación más automatizada, donde los profesionales más cualificados con frecuencia, han priorizado la especialización para mejorar los cuidados, relegando en algunos casos, el lado humanístico de la profesión.²² Este distanciamiento de los aspectos humanos del cuidado puede provocar una disminución en la calidad asistencial percibida y puede traer asociados sentimientos de descontento, inseguridad, temor y desconfianza, generando una experiencia desagradable.²³

El desarrollo científico y tecnológico junto con la tendencia de los acontecimientos sociales: individualismo, dinero y poder como valores centrales; propician un progresivo alejamiento de valores humanos que contribuyen a que el ser humano pueda llegar a convertirse en algo y no en alguien. Los conocimientos, la ciencia y la técnica nunca serán suficientes, si no se acompañan de la aplicación del enfoque humanístico propio de la profesión enfermera, ligada a los cuidados proporcionados. Por ello, para algunos autores, la tecnificación ha contribuido a la deshumanización de la profesión, cuando en realidad la misma no debiera ser más que un medio para mejorar la atención y los cuidados.²⁴

La percepción de los comportamientos de cuidado humanizado que tiene el paciente sobre el personal de enfermería comprende entre otras dimensiones, acciones de respeto, consideración, comprensión, e interés por la salud y recuperación. De esta forma, se establece una relación interpersonal que atiende al ser humano en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual. Por este motivo, tener en cuenta el aspecto humanístico a la hora de brindar cuidados conduce a la mejora en la calidad de los cuidados de enfermería.^{25,26}

1.3. Contexto quirúrgico. Unidad de Cuidados Intensivos. Antecedentes.

Las unidades quirúrgicas, como también las unidades de cuidados intensivos, tienen en común numerosos elementos, tanto desde el punto de vista estructural, como en las dinámicas de los procesos de trabajo, los requerimientos de agilidad, habilidad y seguridad en estos contextos, se han visto favorecidos por un desarrollo de la

tecnología, lo que sin duda, ha aportado grandes avances, facilitando y mejorando la asistencia sanitaria.²⁷ No obstante, estos contextos pueden condicionar unas relaciones humanas más distantes y perdiendo con ello los aspectos interpersonales y humanísticos de la relación terapéutica deseable.²⁸

Cuando un paciente se somete a una cirugía presenta sensación de amenaza, de muerte, pérdida de autonomía, separación de la familia y del entorno, incompreensión del lenguaje, monitores y equipos, etc; en definitiva, pierde el contacto con su vida real.^{29,30} El profesional de enfermería juega un importante papel en el proceso del cuidado, brindando asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual.³¹ Para ello, debe tener en cuenta los sentimientos y emociones del paciente, logrando así establecer una relación interpersonal que ayuda al cliente a mantener un estado de ánimo óptimo y con beneficios para su salud.³² Es por ello, que la atención de enfermería se oriente a las necesidades del ser humano en todas sus vertientes, con un enfoque humanístico.^{33,34}

En la revisión bibliográfica efectuada para la realización de este proyecto, se ha puesto de manifiesto que, los estudios que se han interesado por la percepción de humanización del cuidado han utilizado diferentes enfoques e instrumentos de medida. Entre ellos, destaca el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión” creado por Oscar J. González Hernández, aprobado en 2015 y que evalúa las características de la atención de enfermería en escenarios hospitalarios basándose en: cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería, apertura de la comunicación enfermera-paciente y disposición a la atención; mediante 32 ítems.³⁵

Entre los temas estudiados en la investigación sobre la humanización, se ha analizado que la comunicación entre la enfermera y paciente es fundamental para garantizar una atención humanizada y, además, ofrece beneficios y mejoras para la práctica diaria. Sin embargo, desde el punto de vista cualitativo, la comunicación tiende a ser reducida y poco centrada en cuestiones emocionales. El estudio del contenido comunicativo, pone de manifiesto que, ha habido un desarrollo por parte del personal de enfermería en el uso de estrategias de comunicación adaptadas a las necesidades y problemas de los pacientes.³⁶⁻³⁹ Muchos estudios afirman que, en los pacientes gravemente enfermos e intubados, la dificultad para expresar información hacia los demás, genera pánico, ansiedad, frustración, insomnio y estrés. Por este motivo, el uso de estrategias alternativas de comunicación como el contacto visual, documentos de escritura, dibujos, etc; supone un éxito en el intercambio de comunicación.⁴⁰

Existen estudios que ponen de manifiesto que cuando las enfermeras tienen más posibilidades de pasar más tiempo con los pacientes, se percibe una mejora del bienestar. Para los pacientes, el cuidado de enfermería debe de estar basado en el ánimo, el buen trato, el amor y la atención acompañada de muestras de cariño.⁴¹⁻⁴³ La amabilidad y el trato como seres humanos, son características positivas del personal de enfermería.⁴⁴

En esta misma línea de trabajo, ha sido asociada una adecuada interacción enfermera-paciente con la disminución de la ansiedad, relacionada con inmovilidad, entumecimiento y respiración asistida prolongada. Así mismo, ha sido analizado como el contacto interpersonal en un área posquirúrgica puede disminuir la presión arterial, los trastornos del sueño y el estrés percibido. En definitiva, se ha observado que la intensificación de la interacción condujo a la reducción de la estancia hospitalaria, así como la disminución de costos y el incremento de la satisfacción del paciente.⁴⁵

Por otro lado, se ha considerado que, si en la formación de enfermeras especialistas se contempla su preparación para manejar situaciones de pánico y angustia, puede mejorar la atención y calidad percibida en los servicios de cuidados especiales.⁴⁶

Las investigaciones centradas en la percepción de los pacientes, afirman que la tecnología es fundamental en el ámbito hospitalario, sin embargo, se pone de relieve que, para ellos, los aspectos más relevantes del cuidado de enfermería son los humanos: compasión, estímulos y atención, brindar consuelo, aliviar el miedo y la inseguridad. Se ha observado que, cuando el enfermero es empático y amable, el miedo puede reducirse de manera significativa. Del mismo modo, que también se ha estudiado, que cuando el enfermero dedica más tiempo al paciente, estos afirman sentirse mejor y más seguros. Además, numerosas investigaciones consultadas, exponen que, tanto el lenguaje corporal, como la postura, la proximidad, el tacto y el contacto visual, conllevan una mejora en la eficacia de la comunicación.⁴⁷⁻⁵⁰ No obstante, se ha analizado que aquellas enfermeras que carecen de formación en comunicación en relación con el pronóstico y cuidado óptimo al final de la vida, propician una relación terapéutica menos eficaz.⁵¹

El alto nivel de estrés del personal de enfermería y en ocasiones, la falta de experiencia y formación, incrementan la preocupación por los procedimientos complejos y la tecnología que llevan asociados, desplazando el interés y la atención por la individualidad de los pacientes y sus necesidades y, en definitiva, favoreciendo en cierta medida, la despersonalización y la pérdida del comportamiento humanizado por parte de los profesionales, aunque el mismo este en la esencia de la profesión.⁴³

En algunas de las investigaciones se han evaluado dimensiones de las unidades de cuidados intensivos como: el significado que se le da a la unidad, la experiencia con el trato humano de enfermería, la percepción del estado de salud y la percepción del cuidado enfermero recibido; los resultados indican que los pacientes percibieron la unidad como un lugar inseguro y aterrador, donde la enfermera transmite más confianza y seguridad que otros profesionales generando una experiencia más agradable.⁵²

Hay estudios en los cuales se ha analizado el contacto entre el personal de enfermería y los pacientes en los servicios de cirugía, desde el punto de vista de lo que representa la humanización para el profesional y la relación de satisfacción del paciente. En dichas investigaciones los pacientes señalaron, que la cuestión más relevante era que no sabían el nombre de la persona que los atendían, aunque su trato era acogedor y disminuía los niveles de estrés y miedo.⁵³ Los estudios aseguran que los pacientes perciben que, el profesional de enfermería ofrece cuidados donde se prioriza a la persona.⁵⁴

Como conclusión, todas estas investigaciones previas corroboran la idea de que, para los usuarios de los servicios sanitarios, la percepción está altamente influenciada con el grado de comunicación y atención personalizada que puedan recibir en ellos.

2. JUSTIFICACIÓN

Hoy en día, la humanización de los cuidados en el mundo de la enfermería es un tema de interés. El avance de la tecnología está originando una enfermería más tecnificada pero que corre el riesgo de ser menos humanizada, lo cual, conllevaría a una disminución de la calidad asistencial percibida.⁵⁵

En el ámbito quirúrgico, si los profesionales no se preocupan por lo humanístico junto con el entorno propio del servicio, pueden provocar más preocupación, inseguridad y miedo, por lo que el paciente podrá tener un recuerdo desagradable de su paso por esta unidad, por lo que se puede ver incrementado el número de quejas y descontento y como consecuencia la percepción del paciente sobre la calidad será desfavorable.⁵⁶

El Hospital Universitario de Canarias y el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria realizan numerosas intervenciones quirúrgicas diarias. El proceso quirúrgico comprende todas aquellas actividades asistenciales y no asistenciales dirigidas a la realización de una intervención quirúrgica, desde el momento en el que el paciente acepta la indicación del acto quirúrgico hasta la recuperación post-operatoria, como así se define en las memorias asistenciales de ambas instituciones.⁵⁷ Durante toda esta sucesión de procedimientos, el paciente experimenta gran cantidad de emociones que determinan la experiencia de su recuerdo en este servicio. ¿Estarán los cuidados de enfermería enfocados a una práctica humanística?

Estos hospitales son los centros sanitarios de referencia de la Isla de Tenerife, con una amplia cartera de servicios entre los que destaca el servicio quirúrgico por la gran demanda del mismo. Este hecho hace que se plantee la necesidad de realizar este proyecto de investigación para conocer la percepción que tiene el paciente quirúrgico sobre los cuidados humanizados por parte de personal de enfermería desde la consulta de preanestesia hasta su alta al domicilio tras la intervención quirúrgica, y a los 6 meses después para comprobar si la percepción cambia o se mantiene. La realización de este proyecto permitirá:

- ❖ Profundizar en aquellos aspectos humanos, valores éticos y actitudes característicos de la profesión para evaluar el grado de humanización. Los cuidados personalizados e individualizados son la base de la enfermería humanizada, que garantiza la atención integral u holística haciendo hincapié en el cuidado humano dentro del área quirúrgica. Por tanto, resulta de interés conocer la percepción del cuidado que experimentan los pacientes dentro del proceso quirúrgico en ambos hospitales sobre el personal de enfermería; como

forma de mejorar la prestación de los servicios y así, mejorar la calidad de la atención.

- ❖ Los resultados recogidos posibilitarán, que los responsables de las Direcciones de Enfermería formulen estrategias institucionales, que contribuyan al acercamiento humano, para así mejorar el cuidado integral brindado por estos profesionales de la salud en el servicio de cirugía de ambos hospitales.
- ❖ Para los profesionales de enfermería los resultados de esta investigación pueden ser el punto de partida para poner en valor y hacer visibles los cuidados de enfermería. Este aspecto, tiene especial interés para promover un cuidado enfermero humanizado y transpersonal. Acorde a los elementos de identidad profesional de una enfermera que fiel a los orígenes vocacionales, altruistas y humanitarios de su profesión, ofrece una asistencia profesional científica, eficaz y eficiente a los usuarios de los sistemas de salud.

3. OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto de investigación es describir la percepción sobre el cuidado humano brindado por parte del profesional de enfermería en el paciente quirúrgico durante todo el proceso: consulta de preanestesia, preanestesia, quirófano, Unidad de Recuperación Post-Anestésica y planta de hospitalización, y además averiguar si esa percepción se modifica pasados seis meses de la intervención, en el Hospital Universitario Canario y en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Los objetivos específicos son:

- Describir las variables sociodemográficas de los pacientes que van a participar en el estudio
- Evaluar el nivel de calidad del hacer de enfermería percibido por el paciente del personal de enfermería desde la consulta de preanestesia hasta el alta al domicilio de del Hospital Universitario Canario y Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.
- Determinar el nivel de apertura a la comunicación paciente-enfermera(o) percibido por el paciente del personal de enfermería desde la consulta de preanestesia hasta el alta al domicilio de del Hospital Universitario Canario y Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.
- Analizar el nivel de disposición a la atención percibido por el paciente del personal de enfermería desde la consulta de preanestesia hasta el alta al domicilio de del Hospital Universitario Canario y Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.
- Comparar la percepción de comportamientos humanizados del personal de enfermería por parte de los pacientes en ambas instituciones hospitalarias.
- Evaluar las diferencias de comportamientos humanizados de los diferentes momentos del proceso quirúrgico en ambas instituciones sanitarias.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de investigación

En este proyecto de investigación, se utiliza un estudio cuantitativo, descriptivo, longitudinal y prospectivo.

4.2 Población y muestra

La población diana está constituida por aquellos pacientes que vayan a ser sometidos a un proceso quirúrgico, el cual comprende, todas aquellas actividades quirúrgicas desde el momento en el paciente acepta someterse a una intervención hasta la total recuperación post-operatoria englobando la indicación quirúrgica y obtención del consentimiento informado, la programación quirúrgica, la evaluación de preanestesia, las intervenciones pre e intra-operatorias y las post-operatorias, en los dos hospitales públicos de referencia, el Hospital Universitario de Canarias y el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. En dichos centros sanitarios y tomando como referencia los datos de la memoria asistencial del 2015 de cada uno, se realizan alrededor de 6738 y 8781, intervenciones al año, respectivamente. Acorde a los objetivos de este proyecto, se ha considerado como población de estudio a los pacientes que requieran hospitalización y se han excluido los pacientes en situaciones críticas y sometidos a intervenciones quirúrgicas de urgencias. Como técnica de muestreo, se utilizará una muestra disponible en un periodo de tres meses para cada hospital de manera simultánea, estableciéndose los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- *Paciente que vaya a ser sometido a cirugía programada que requiera hospitalización.*
- *Paciente con edad comprendida entre 18 y 65 años.*
- *Paciente que pueda leer, escribir y expresarse en español.*
- *Paciente que haya accedido de manera voluntaria a participar en el estudio y que haya firmado el consentimiento informado.*

Criterios de exclusión:

- *Paciente que sea intervenido de urgencias.*

- *Paciente que tras la intervención se encuentre en un estado semi-crítico y/o crítico.*
- *Paciente que no vaya a ser hospitalizado tras la intervención.*
- *Paciente que sea menor de 18 años o mayor de 65 años.*
- *Paciente que no pueda leer, escribir y expresarse en español.*
- *Paciente que no haya firmado el consentimiento informado.*

4.3 Variables a medir e instrumento para la recogida de datos

Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas permitirán definir el perfil sociodemográfico de cada paciente que vaya a participar en el estudio. Se recogerán en el cuestionario inicial y consta de 7 ítems.

- Edad
- Sexo
- Antecedentes de salud de interés
- Experiencias quirúrgicas previas
- Si ha tenido experiencias quirúrgicas previas, grado de satisfacción de la misma utilizando la escala de Likert.
- Intervención a la que se va a someter
- Tipo de anestesia

Variables de percepción de comportamientos de cuidado humanizado

Para la recogida de datos se utilizará el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado 3ª versión” (PCHE 3ª versión)³⁵ que permite evaluar las características de la atención humanizada de enfermería en escenarios hospitalarios. Consta de 32 ítems en los que se define tres dimensiones de la enfermería: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y disposición para la atención. Cada apartado debe de ser respondido con: siempre, casi siempre, algunas veces o nunca, según la percepción de cada paciente.

Las dimensiones a evaluar en el estudio 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 han establecido cuatro momentos de recogida de datos que comprenden todo el proceso quirúrgico, donde el instrumento ha sido modificado para adecuarlo a las necesidades de cada servicio. Las modificaciones han sido semánticas adaptadas al contexto y/o se han eliminado ítems que no procedían en cada uno de ellos.

- Momento 0: En la consulta de preanestesia (Anexo 5.1)
- Momento 1: 24 horas después del alta de la Unidad de Recuperación Post-anestésica (englobando preanestesia, quirófano y URPA) (Anexo 5.2)
- Momento 2: El día del alta hospitalaria (Anexo 5.3)
- Momento 3: A los 6 meses del alta por encuesta telefónica (Anexo 5.4)

4.4 Procedimiento de recogida de la información

Una vez obtenido todos los permisos necesarios se constituirá el equipo investigador, formado por un investigador principal, y se contará con la colaboración de los supervisores y enfermeros de cada unidad y un becario para la encuesta telefónica. Con anterioridad al inicio del trabajo de campo, se realizará una reunión previa con los supervisores y enfermeros de cada unidad para explicarles los objetivos del proyecto e invitarles a participar en el estudio y, además, de instruirles para que se familiaricen con el instrumento.

La captación de pacientes se hará desde la consulta de preanestesia dentro del periodo estipulado, donde se les explicará el objeto de estudio y las condiciones en las

que se desarrollará su participación. Cuando exprese su conformidad se le proporcionará el consentimiento informado de la investigación para que lo firme y una ficha de datos básicos donde se le asignará una codificación diferente a cada usuario para garantizar la privacidad del participante a lo largo de toda la investigación.

A partir de aquí, de manera simultánea en ambos hospitales se comenzará la recogida de datos durante tres meses proporcionando el cuestionario correspondiente a cada uno de los momentos: una vez realizada la consulta de preanestesia, a las 24 horas del alta en la Unidad de Recuperación Post-quirúrgica y en el momento del alta de hospitalización. Transcurridos 6 meses desde el alta hospitalaria los participantes que lo deseen, podrán contestar una encuesta telefónica para averiguar si esa percepción de humanización de los cuidados se mantiene en el tiempo.

4.5 Análisis de los datos

De acuerdo con los objetivos planteados para este proyecto, se efectuarán los siguientes análisis estadísticos, según las diferentes variables de estudio:

- Para describir las variables sociodemográficas de acuerdo con lo formulado en el primer objetivo, se manejará estadística descriptiva, media, desviación típica, porcentajes y frecuencias.
- Para las dimensiones recogidas en el cuestionario, se empleará un análisis descriptivo en términos de frecuencia y porcentajes, así como estadísticos de tendencia central y dispersión.
- Para comparar la percepción de cuidados humanizados en ambos hospitales se utilizará una t de Student en cada uno de los momentos de ambas instituciones.
- Para evaluar las diferencias de comportamientos humanizados en cada uno de los diferentes momentos, se realizará un análisis de varianza las diferencias en cada una de las dimensiones recogidas en el cuestionario para cada momento del proceso quirúrgico.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitará autorización a la Gerencia del Hospital Universitario Canario y del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria (Anexo 1) para la realización del proyecto y la obtención de los permisos necesarios al Comité Ético de investigación clínica de ambos hospitales (Anexo 2).

Las personas que accedan a participar en el estudio lo harán de forma totalmente voluntaria, firmando el consentimiento informado (Anexo 3), en el cual se les garantiza la confidencialidad de sus datos personales, e incluso dándoles la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento que ellos lo deseen.

Los participantes del estudio tendrán acceso en todo momento al contenido del trabajo, pudiendo ponerse en contacto con el equipo investigador siempre que lo deseen.

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.⁵⁸

6. PLAN DE TRABAJO

El proyecto tendrá una duración total de 18 meses; comenzando en junio de 2017 y estimando su finalización en noviembre de 2018.

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	
Autorización del proyecto	■																		
Formación del equipo investigador		■																	
Obtención de permisos			■																
Reunión con el personal sanitario				■															
Proceso de recogida de datos					■	■	■				■	■	■						
Análisis de los datos														■	■				
Elaboración del proyecto final															■	■	■		
Presentación y difusión de los resultados																			■

7. PRESUPUESTO

Recursos		Costes
Materiales	Papelería	60 €
	Fotocopias	60 €
	Equipo informático	800 €
Humanos	Estadístico	700 €
	Dietas y desplazamiento	250 €
Total		1870 €

8. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Burke. Italia: surgimiento e innovación. En Burke: El renacimiento. Barcelona: SARPE; 1993. p. 27.
2. Marie FC. Desarrollo histórico de la enfermería. México: Prensa Médica Mexicana; 1981
3. Siles J. La fase religiosa-institucional en la historia de la enfermería. En J. Siles, Historia de la Enfermería. Alicante, España: Aguaclara; 1999. p. 188.
4. Collière MF. Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. En M. F. Collière, Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. España: Interamericana McGraw-Hill; 1993. p. 233-40
5. Velandia MA. Fundamentos Teórico-metodológicos. En A. L. Velandia, Historia de la Enfermería en Colombia. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 1995. p. 25
6. González Juárez L, Velandia Mora AL, Flores Fernández V. Humanización del cuidado de Enfermería: de la formación a la práctica clínica. Rev Conamed. 2007; Suplemento.
7. Poblete TM. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm; 2007. 20 (4), 499-03.
8. Brusco A. Humanización de la asistencia al enfermo. España: Sal Terrae. Cuadernos del centro de humanización de la salud; 1999.
9. León Molina J. Enfermería: profesión humanismo y ciencia. Rev Enf Glob. 2003; 8 (2): 1695-141.
10. Prieto Parra GI. Humanización del cuidado de enfermería. Rev Enf Univ. 2007; 4 (2).
11. Raile Aligood M. Jean Watson: filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En: Rodríguez Monforte M, editora. Modelos y teorías en enfermería. Octava edición. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 78-96.
12. Urra Medina E, Jana Ayala A, García Vera M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Rev Cien y Enfer. 2011; 7 (3): 717-79.
13. Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. Journal of Advanced Nursing. 1991;6: 899-09.
14. Organización Mundial de la Salud. Enfermería. [Internet] OMS; 2015 [consultado el 7 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

15. República de Colombia. Ministerio de Educación. Ley 911 de 2004, octubre 5, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad de ontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. [Internet]. Santafé de Bogotá: El Ministerio; 2004 [consultado 7 de marzo de 2017] Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
16. Barragán J, Moreno C. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enferm Global -Esp-* [Internet]. 2013 [consultado 7 de marzo de 2017]; 12 (29): 217-30. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/administracion2.pdf>
17. Arias-de Espinoza MR. La ética y humanización del cuidado de enfermería. www.trienfer.org.co [Internet]. Santafé de Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería; 2007 [consultado 22 de febrero de 2017] Disponible en http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65
18. Pacheco-de Araújo F, de Assunção-Ferreira M. Representaciones sociales sobre la humanización de la atención: implicaciones éticas y de la moral. *Rev Bras Enferm Brasília* [Internet]. 2011 [consultado 20 de febrero de 2017]; 64 (2); 287-93. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a11v64n2.pdf>
19. Da Silva RF, Ferreira MA. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia invasiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanizaçãô. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(6):1324-331. Portuguese
20. Arias-de Espinoza MR. La ética y humanización del cuidado de enfermería. www.trienfer.org.co [Internet]. Santafé de Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería; 2007 [consultado 22 de febrero de 2017] Disponible en http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65
21. Rosa Marques I, Rodriguez de Sousa A. Tecnologia e humanizaçãõ em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2010. [consultado 22 de febrero del 2017] 63(1): 141-44. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100024
22. Martins JJ, ERP Nascimento. La tecnología y la organización del trabajo de enfermería en la UCI. *Arq catarinenses Med*. 2005; 34 (4): 23-7
23. Flores Solano DM. Percepción sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería en pacientes del servicio de cirugía del Hospital departamental de Huancavelica. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2015.

24. Barbero López VM. Atributos del cuidado humanizado de Enfermería en personal asistencial. Universidad de Almería: Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia; 2013.
25. Vargas-Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. Alteridades [Internet]. 1994 [consultado 02 de marzo del 2017]; 4(8): 47-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
26. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta paul. enferm. [Internet]. 2007 [consultado 27 febrero de 2017]; 20(4): 499-03. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400019&lng=en
27. Abram ACFV. Humanización de la atención y la tecnología [editorial]. Acta Paul Enferm 2003; 16 (4): 5.
28. KC Nascimento, Erdmann AL. cuidados de enfermería transpersonal para los seres humanos en la unidad crítica. Rev Enferm UERJ 2006; 14 (3): 333-41.
29. Mejía Lopera ME. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index Enferm. 2066; 15 (54): 48-52.
30. Magnus VS, Turkington L. Communication interaction in ICU-Patient and staff experiences and perceptions. Intensive Crit Care Nurs. 2006; 22 (3): 167-80.
31. Cibanal LJAS, Carballal MCB. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2º ed. España: Elsevier España; 2010. 35-50
32. Gómez Sancho M, Graun Abalo JA. Dolor y sufrimiento al final de la vida. Madrid: Aran Ediciones, S.L.; 2006.
33. Molano Pirazán María Luisa, Guerrero Nidia Sandra. Características del enfermero que cuida y de la persona cuidada en un ambiente neonatal. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 [consultado 1 abril 2017]; 28 (2): 169-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200012&lng=es.
34. Rodríguez V, Valenzuela S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enferm Global Esp. [Internet]. 2012 [consultado 1 abril 2017]; 28: 312-22. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ensayo2.pdf>
35. González Hernández OJ. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión". Aquichan. 2015; 15 (3): 381-92.

36. Slatore GC, Hansen L, Ganzini L. Communication by nurses in the intensive care unit: Qualitative analysis of domains of patient centered care. *Am J Crit Care*. 2012; 21 (6): 410-80.
37. Hafsteindottir TB. Patient's experiences of communication during the respiratory treatment period. *Intensive Crit Care Nurs*. 1996; 12 (5): 261-71.
38. Arias RM, Castro Sánchez L, Garcés Pérez ME. Comunicación mediante imágenes entre enfermera y paciente en estado crítico. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 1999; 7 (1): 49-51.
39. Nilsen ML, Sereika S, Happ MB. Nurse and patient characteristics associated with duration of nurse talk during patient encounters in ICU. *Heart Lung*. 2013; 42 (1): 5-12.
40. Happ MB, Garret K, Thomas DD. Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2011; 20 (2): 28-40.
41. Quintero MT, Gómez M. El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichán*. 2010; 10 (1): 8-18.
42. Finke EH, Light J, Kitko L. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *J Clin Nurs*. 2008; 17 (16): 2102-15.
43. Hagland MR. Nurse-patient communication in intensive care: A low priority? *Intensive Crit Care Nurs*. 1995; 11 (2): 111-15.
44. Baillie L. An exploration of nurse-patient relationships in accident and emergency. *Accid Emerg Nurs*. 2005; 13 (1): 9-14.
45. Müggenburg MC, Riveros Rosas A. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario, Parte I. *Enferm Universitaria*. 2012; 9 (1): 36-44.
46. Fleischer S, Almuth B, Neubert T. Structured information during the ICU stay to reduce anxiety: Study protocol of a multicenter randomized controlled trial. *Trials*. 2009; 10 (84): 1-9.
47. Hofhuis JG, Spronk PE, van Stel HF. Experiences of critically ill patients in the ICU *Intensive and Critical Care Nursing*. 2008; 24 (5): 300-13.
48. De Melo RC, Silva MJ, Parreira PM, et al. Helping relationship skills in nurses the validation of a measurement instrument. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45 (6): 1387-95.
49. Lima MPO, Aires de Freitas CH. A enfermeira interagindo e se relacionando: o contexto do cuidado de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64 (6): 1067-74.

50. Pott F, Stahlhoefer T, Felix J. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Rev Bras Enferm. 2013; 66 (22): 174-79.
51. Aslakson RA, Wyskiel R, Thornton I. Nurse-perceived barriers to effective communication regarding prognosis and optimal end-of-life care for surgical ICU patients: A qualitative exploration. J Palliat Med. 2012; 15 (8): 910-15.
52. Mendoza Rocha SE, Torres Briones M, Rincón Lopez JM, Urbina Aguilar BA. Percepción sobre la atención de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015; 23(3): 149-56.
53. Heluy de Castro C, Efigênia de Faria T, Felipe Cabañero R, Castelló Cabo M. Humanización de la atención de enfermería en quirófano. Index Enferm. 2004; 13: 44-45.
54. Rivera Álvarez LN, Triana A. Cuidado Humanizado de Enfermería. Rev Actual Enf. 2007; 10 (4): 32-41.
55. Sanz García P, Jurado García MC, Fernández Serrano MM. La humanización de los cuidados la clave de la satisfacción asistencial: hacia el plan de acogida y acompañamiento. Barcelona: Escuela de Enfermería Santa Madrona; 2009.
56. Fradique Casero M. Enfermería en Quirófano. Trabajo de Fin de Grado. Castilla y León: Facultad de Enfermería de Valladolid; 2015.
57. Memoria Asistencial 2015 del Hospital Universitario de Canarias. Proceso quirúrgico. Servicio Canario de Salud: Gobierno de Canarias. 2015 [consultado 19 de abril de 2017] Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2015/MEMORIA2015/gestion/procesoQuirurg%C3%ADco.html>
58. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal [en línea]. España: Jefatura del Estado «BOE» núm. 298; 1999. [Fecha de acceso: 16 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOEA-1999-23750>

9. ANEXOS

Anexo 1: Autorización de ambos hospitales para realización de estudio

Servicio Canario de Salud

Gerencia del HUC

Estimado Sr. Director Gerente:

Me dirijo hacia usted a través de esta carta con el propósito de informarle sobre un estudio de investigación llamado “Percepción de cuidados humanizados en el paciente quirúrgico del Hospital Universitario Canario y el 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 estudio es conocer la visión de los pacientes sobre los comportamientos de cuidado humanizado del personal de enfermería durante el proceso quirúrgico de dicho hospital, desde la consulta de preanestesia previa a la cirugía hasta el alta al domicilio tras la intervención y realizar una reevaluación de esa percepción a los seis meses de la intervención quirúrgica para averiguar si se mantiene en el tiempo o se modifica. 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 según el momento de recogida de datos para adecuarlo a las características de cada servicio: la consulta de preanestesia, tras el alta de la Unidad de Recuperación Post-anestésica, en el momento del alta de la planta de hospitalización y seis meses tras la intervención por encuesta telefónica.

El proyecto comenzará el 1 de octubre de 2017 y finalizará el 30 de junio de 2018. Como investigadora principal, solicito la autorización correspondiente para su realización y adjunto ejemplar del proyecto.

Atentamente,

Fdo. Natacha Ramos González

Fecha:

Investigadora principal del proyecto.

Estimado Sr. Director Gerente:

Me dirijo hacia usted a través de esta carta con el propósito de informarle sobre un estudio de investigación llamado “Percepción de cuidados humanizados en el paciente quirúrgico del Hospital Universitario Canario y el 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 estudio es conocer la visión de los pacientes sobre los comportamientos de cuidado humanizado del personal de enfermería durante el proceso quirúrgico de dicho hospital, desde la consulta de preanestesia previa a la cirugía hasta el alta al domicilio tras la intervención y realizar una reevaluación de esa percepción a los seis meses de la intervención quirúrgica para averiguar si se mantiene en el tiempo o se modifica. 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 según el momento de recogida de datos para adecuarlo a las características de cada servicio: la consulta de preanestesia, tras el alta de la Unidad de Recuperación Post-anestésica, en el momento del alta de la planta de hospitalización y seis meses tras la intervención por encuesta telefónica.

El proyecto comenzará el 1 de octubre de 2017 y finalizará el 30 de junio de 2018. Como investigadora principal, solicito la autorización correspondiente para su realización y adjunto ejemplar del proyecto.

Atentamente,

Fdo. Natacha Ramos González

Fecha:

Investigadora principal del proyecto.

Anexo 2: Solicitud de permiso del Comité Ético

Estimados Sres.:

Me dirijo a ustedes con el fin de presentarles para valoración y veredicto el proyecto de investigación “Percepción de cuidados humanizados en el paciente quirúrgico del Hospital Universitario de Canarias y del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria”.

El objetivo principal de este estudio es conocer la visión de los pacientes sobre los comportamientos de cuidado humanizado del personal de enfermería durante el proceso quirúrgico de dicho hospital, desde la consulta de preanestesia previa a la cirugía hasta el alta al domicilio tras la intervención y realizar una reevaluación de esa percepción a los seis meses de la intervención quirúrgica para averiguar si se mantiene en el tiempo o se modifica. 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 según el momento de recogida de datos para adecuarlo a las características de cada servicio: la consulta de preanestesia, tras el alta de la Unidad de Recuperación Post-anestésica, en el momento del alta de la planta de hospitalización y seis meses tras la intervención por encuesta telefónica.

El proyecto comenzará el 1 de octubre de 2017 y finalizará el 30 de junio de 2018. Adjunto ejemplar del proyecto y quedo a su disposición para cualquier tema que se precise.

Atentamente,

Fdo. Natacha Ramos González

Fecha:

Anexo 3: Consentimiento informado

Título de la investigación

Percepción de cuidados humanizados en el paciente quirúrgico del Hospital Universitario de Canarias y del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.

Descripción

Usted ha sido invitado a participar en una investigación de medición de percepción de cuidados humanizados por el personal de enfermería en este hospital. Esta investigación es realizada por Natacha Ramos González, estudiante de enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de la Laguna.

El propósito de esta investigación es describir la percepción de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería en el paciente quirúrgico desde la consulta de preanestesia hasta el alta al domicilio tras la cirugía y la posterior reevaluación de esa visión a los seis meses después de la intervención para comprobar si se mantiene en el tiempo o ha cambiado, mediante el instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería PCHE 3ª versión", que se le han hecho diferentes modificaciones según el momento de recogida de datos para adecuarlo a las características de cada servicio: la consulta de preanestesia, tras el alta de la Unidad de Recuperación Post-anestésica, en el momento del alta de la planta de hospitalización y seis meses tras la intervención.

Si acepta participar en esta investigación, primero se le proporcionará una ficha de datos básica donde pondrá sus datos personales. Después, se le solicitará hacer una encuesta para cada momento nombrado anteriormente. El último cuestionario se realizará seis meses tras la intervención quirúrgica a través de una encuesta telefónica para averiguar si su percepción ha cambiado de manera positiva o negativa.

Confidencialidad

Todos los datos ofrecidos en este trabajo únicamente serán utilizados con fines docentes y de investigación, por lo tanto, serán confidenciales y en todo momento se mantendrá el anonimato. Para ello, se le asignará una codificación diferente para cada usuario que garantice su derecho a la intimidad y a la propia imagen.

Solamente, Natacha Ramos González, tendrá acceso a las encuestas que puedan identificar directa o indirectamente a un participante.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad.

El tiempo de duración de participación en la investigación contará con el requerido para la realización del instrumento en los distintos servicios por los que usted pase.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor no dude en contactar con Natacha Ramos González al 649017717 o al correo natacharg00@gmail.com

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presente en esta hoja de consentimiento

Nombre del participante

Firma

Fecha: _____

Nombre del investigador

Firma

Fecha: _____

Anexo 4: Ficha de datos básica

Para participar en este estudio, deberá cumplimentar una ficha de datos básica donde se recogerán datos sobre usted, que son necesarios para la realización de la investigación.

La información que nos facilita, así como todas sus respuestas son confidenciales y en todo momento estarán protegidas y solamente serán utilizadas como datos agrupados y para los fines de la investigación exclusivamente

Código:

Nombre:

Apellidos:

Dirección:

Población:

DNI:

Teléfono:

E-mail:

Fax:

Edad:

Sexo:

Antecedentes de salud de interés:

Experiencias quirúrgicas previas (Si/No):

Si ha tenido experiencias quirúrgicas previas, grado de satisfacción de la misma
(Marque con una X):

Sumamente satisfecho	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho

Intervención a la que se va a someter:

Tipo de anestesia:

Anexo 5: Protocolo de recogida de datos de Percepción de humanización.

Anexo 5.1: Momento 0. Consulta de preanestesia.

Código:

Apreciado(a) Señor(a): A continuación, le presentamos el cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería de la consulta de preanestesia. 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 estancia en este servicio. Recuerde, que no hay ninguna respuesta correcta o incorrecta, por lo que es importante que responda con la máxima sinceridad, ya que el objetivo de este estudio es mejorar la asistencia sanitaria. Si desea añadir algún detalle específico, déjelo reflejado en las observaciones. Las respuestas serán totalmente confidenciales y se garantiza la privacidad de las mismas.

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 la consulta				
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 anticipadamente los procedimientos previstos en la consulta				
11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas				
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos durante 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 proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
19. Le manifiestan que están pendientes de usted				
20. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
21. Responden oportunamente a sus preguntas				
22. Identifican sus necesidades de				

tipo físico, psicológico y espiritual				
23. Le escuchan atentamente				
24. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
25. Le brindan un cuidado cálido y delicado				
26. Le demuestran que son responsables con su atención				
27. Le respetan sus decisiones				
29. Le respetan su intimidad				

Observaciones:

Anexo 5.2: Momento 1. Veinticuatro horas después del alta de Unidad de Recuperación Post-Anestésica.

Código:

Apreciado(a) Señor(a): A continuación, le presentamos el cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería en el bloque quirúrgico, que corresponde a los servicios de preanestesia, quirófano y la Unidad de Recuperación Post-Anestésica. 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 de manera global en estos servicios. Recuerde, que no hay ninguna respuesta correcta o incorrecta, por lo que es importante que responda con la máxima sinceridad, ya que el objetivo de este estudio es mejorar la asistencia sanitaria. Si desea añadir algún detalle específico de algún servicio en concreto, déjelo reflejado en las observaciones. Las respuestas serán totalmente confidenciales y se garantiza la privacidad de las mismas.

ÍTEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Le hicieron sentirse como una persona				
2. Le trataron con amabilidad				
3. Le mostraron interés por brindarle comodidad durante su estancia en estas unidades				
4. Les miraron a los ojos, cuando le hablaban				
5. Le dedicaron tiempo para aclararle sus inquietudes				
6. Le hicieron sentirse bien atendido cuando dialogaron con usted				
7. El personal de enfermería le hizo sentirse tranquilo(a), cuando estaba				

con usted				
8. Le generó confianza cuando lo(la) cuidaban				
9. Le facilitaron el diálogo				
10. Le explicaron previamente los procedimientos durante su estancia				
11. Le respondieron con seguridad y claridad a sus preguntas				
12. Le indicaron su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos durante su estancia				
13. Le dedicaron el tiempo requerido para su atención				
14. Le dieron indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiriese 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 sus preguntas				
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 necesitaran algo, usted les podía llamar				
31. Le respetaron su intimidad				
32. Le administraron a tiempo los medicamentos ordenados por el médico				

Observaciones:

Anexo 5.3: Momento 2. Alta tras la hospitalización.

Código:

A continuación, le presentamos el cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería de la planta de hospitalización. 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 estancia en este servicio. Recuerde, que no hay ninguna respuesta correcta o incorrecta, por lo que es importante que responda con la máxima sinceridad, ya que el objetivo de este estudio es mejorar la asistencia sanitaria. Si desea añadir algún detalle específico, déjelo reflejado en las observaciones. Las respuestas serán totalmente confidenciales y se garantiza la privacidad de las mismas.

ÍTEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Le hicieron sentirse como una persona				
2. Le trataron con amabilidad				
3. Le mostraron interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
4. Les miraron a los ojos, cuando le hablaban				
5. Le dedicaron tiempo para aclararle sus inquietudes				
6. Le hicieron sentirse bien atendido cuando dialogaban con usted				
7. El personal de enfermería le hizo sentirse tranquilo(a), cuando estaba con usted				
8. Le generaron confianza cuando lo(la) cuidaban				

9. Le facilitaban el diálogo				
10. Le explicaron previamente los procedimientos durante su estancia				
11. Le respondieron con seguridad y claridad a sus preguntas				
12. Le indicaron su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos durante su estancia				
13. Le dedicaron el tiempo requerido para su atención				
14. Le dieron indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiriese 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 están pendientes de usted				
21. Le permitieron expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22. Respondieron oportunamente a sus preguntas				

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 eran responsables con su atención				
29. Le respetaron sus decisiones				
30. Le indicaron que cuando necesitara algo, usted les podía llamar				
31. Le respetaron su intimidad				
32. Le administraron a tiempo los medicamentos ordenados por el médico				

Observaciones:

Anexo 5.4: Momento 3. Seis meses tras la intervención quirúrgica.

Código:

Instrucciones para el becario:

Tras 6 meses de su intervención quirúrgica, a continuación, le pediremos al usuario que reflexione acerca de todo el proceso. Debe evaluar de manera global todo el proceso quirúrgico para saber si la percepción se mantiene en el tiempo o cambia. 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 estancia en este servicio. Recuerde, que no hay ninguna respuesta correcta o incorrecta, por lo que es importante que responda con la máxima sinceridad, ya que el objetivo de este estudio es mejorar la asistencia sanitaria. Si desea añadir algún detalle específico de algún servicio en concreto, déjelo reflejado en las observaciones. Las respuestas serán totalmente confidenciales y se garantiza la privacidad de las mismas.

ÍTEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Le hicieron sentirse como una persona				
2. Le trataron con amabilidad				
3. Le mostraron interés por brindarle comodidad durante su estancia				
4. Le miraban a los ojos cuando le hablaban				
5. Le dedicaron tiempo para aclararle sus inquietudes				
6. Le hicieron sentirse bien atendido cuando dialogaban con usted				
7. El personal de enfermería hizo sentirse tranquilo(a), cuando estaba				

con usted				
8. Le generaron confianza cuando lo(la) cuidaban				
9. Le facilitaron el diálogo				
10. Le explicaron previamente los procedimientos				
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 dieron indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiriese 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 eran responsables con su atención				
29. Le respetaron sus decisiones				
30. Le indicaron que cuando necesitara algo, usted les podía llamar				
31. Le respetaron su intimidad				
32. Le administraron a tiempo los medicamentos ordenados por el médico				

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:

MEDIDA DE PERCEPCIÓN	RANGO
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:

MEDIDA DE PERCEPCIÓN	RANGO
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:

MEDIDA DE PERCEPCIÓN	RANGO
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:

MEDIDAS DE PERCEPCIÓN	RANGO
Siempre	68-65
Casi siempre	64-59
Algunas veces	58-50
Nunca	49-17